

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 95

Le Placement Familial des Aliénés en France

SES AVANTAGES, SES INCONVÉNIENTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FABRE

Né le 17 Janvier 1891, à Lyon (Rhône)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

Le Placement Familial des Aliénés en France

SES AVANTAGES, SES INCONVÉNIENTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FABRE

Né le 17 Janvier 1891, à Lyon (Rhône)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	{ BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARGET
Anatomie	POLICART
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, Président ; E. MARTIN, Assesseur
MM. CADE et THEVENOT Lucien, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR LOUISE .

Sa vie est un exemple, son souvenir un guide.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'une grande affection.

A MON FRÈRE GILBERT

A MADEMOISELLE EDITH TIXIER

Son amitié est la joie, la force et la sécurité.

A LA MARQUISE D'APREMONT

Témoignage de respect et de sincère affection.

A MON AMI LE DOCTEUR J. TRAMINI

A LA
MÉMOIRE GLORIEUSE DE TOUS MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

AU PROFESSEUR JEAN LÉPINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES
ET MENTALES

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider ce mo-
deste travail.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Les circonstances ayant fait que nous avons vécu à côté des aliénés depuis notre première enfance, nous avons eu maintes occasions de les approcher, de les fréquenter, de les écouter. Plus tard, lorsque nos études médicales nous permirent de les observer avec profit sous les auspices des médecins aliénistes distingués qui ont dirigé successivement les services des colonies familiales de la Seine, nous nous sommes intéressés à un grand nombre d'entre eux. Aussi, au moment de terminer nos études, encouragé et soutenu par ceux de ces médecins qui nous initièrent à l'étude de leurs délires, il nous parut que pour notre travail inaugural nous ne saurions mieux choisir que l'étude du traitement récemment appliqué aux aliénés par le placement familial et des résultats qu'il avait donnés en France.

Ce sont les considérations suggérées par cette étude que nous exposons.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. Fabre, qui, par sa connaissance de l'assistance familiale, qu'il a contribué à établir en France, fut pour nous un guide précieux et sûr. C'est un honneur et une joie pour nous d'avoir collaboré avec lui dans la rédaction de ce travail.

Le docteur A. Rodiet, médecin directeur de la colonie

familiale de Dun-sur-Auron, nous guida dans le choix exact du sujet. Il nous fut d'un précieux secours, tant par ses conseils que par ses travaux. Auprès de lui l'accueil le plus aimable nous fut toujours réservé. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Nos remerciements vont de même au docteur Ameline, médecin directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, qui voulut bien s'intéresser à notre sujet et nous fournir des renseignements précieux.

Le créateur de l'assistance familiale en France, le docteur Marie, voulut bien, lui aussi, nous aider et nous donner des documents qui nous furent des plus utiles. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Le docteur Vinchon, médecin adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, fut pour nous un conseiller éclairé et bienveillant, il trouvera ici l'expression de notre entière reconnaissance.

C'est un plaisir pour nous de remercier le docteur Trimini, qui nous aida dans l'élaboration d'une partie de ce travail.

L'ORIGINE DE LA COLONISATION FAMILIALE

Vers la fin du sixième siècle, la fille d'un roi irlandais, Dymphne, vint se réfugier avec son confesseur à Gheel (petite ville de Belgique, près d'Anvers), pour se soustraire aux obsessions de son père, qui voulait contracter avec elle une union incestueuse. Le roi parvint à découvrir la retraite des fugitifs ; ses soldats assassinèrent le vieux prêtre et lui-même décapita sa fille.

Bientôt de nombreux pèlerins vinrent prier à l'endroit où les deux martyrs avaient versé leur sang ; des guérisons miraculeuses furent obtenues par leur intercession. Comment sainte Dymphne devint-elle la patronne spéciale des aliénés ? Les uns disent que ce titre revint naturellement à la vierge martyre qui eut le courage de résister à l'amour insensé de son père. D'après d'autres, un aliéné, témoin du supplice de sainte Dymphne, récupéra subitement la raison.

Malgré les obscurités de la légende, la mémoire de sainte Dymphne a été fidèlement conservée à Gheel, où, dans le voisinage de l'hôpital, existe une petite chapelle portant cette inscription : « Le 30 mai de l'an 600, Dymphne fut décapitée en ce lieu par son propre père. »

Une église monumentale, construite il y a 500 ans, est consacrée à la dévotion de sainte Dymphne, et le 15 mai de chaque année la fête de la patronne des aliénés y est célébrée au milieu d'un grand concours de fidèles.

Gheel est donc, depuis des siècles, un pèlerinage très fréquenté, surtout par les malheureux dont l'intelligence est atteinte. Arrivés à Gheel, les aliénés étaient logés dans une dépendance encore existante de l'église, *la chambre des malades*, peut-être parfois dans l'église même. Ils y restaient pendant neuf jours, assistaient à des cérémonies religieuses, à des prières destinées à obtenir leur guérison par l'intercession de la vierge martyre quelquefois les malades faisaient une seconde neuvaine à l'église.

S'ils n'avaient pas récupéré la raison à l'expiration du premier ou du second terme, ils étaient confiés à une famille demeurant dans le voisinage de l'église et ils venaient tous les jours prendre part aux prières dites à l'intention des aliénés. Parfois, par exemple, quand il n'y avait pas de place à l'église, déjà occupée par de nombreux malades, ce placement dans une maison privée se faisait directement.

L'usage de concentrer les aliénés dans le voisinage de l'église de sainte Dymphne, ou du moins de ne les placer que dans les limites du territoire dépendant de cette église, se maintint longtemps. Par suite de l'augmentation du nombre des personnes placées à Gheel, peut-être aussi comme conséquence de la moindre importance attachée aux pratiques religieuses, les aliénés envahirent de proche en proche tous les hameaux de la commune. Cet usage persista pendant des siècles. Puis l'organisation de l'assistance des aliénés, l'importance croissante

du rôle joué par la science médicale dans le traitement de ces malheureux, ont insensiblement modifié l'ancien état de choses et aujourd'hui les malades sont confiés directement aux habitants de Gheel.

La situation des aliénés hospitalisés à Gheel de cette façon avait déjà été régularisée en 1803 par une ordonnance du préfet français du département de la Dyle, M. de Pontécouiant, qui avait fait transférer les *insensés* de l'hospice de Bruxelles dans le village de Gheel, dans le département des Deux-Methes, « où ils jouissent d'une liberté qui n'exclut pas les soins que leur état exige ».

C'est ainsi que déjà, en 1803, le fonctionnaire français avait vu les avantages du placement familial, alors que ce n'est que trente ou quarante ans plus tard que les médecins aliénistes signalaient le défaut capital des établissements fermés, la séquestration.

Il a fallu de longues années encore pour que cette conception fut mise en pratique. En 1892, le docteur A. Marie, dans un rapport sur sa visite à la colonie familiale belge, signalait chez nos voisins ce mode d'assistance des aliénés, qui avait fait ses preuves depuis si longtemps.

L'assistance de la Seine se montrant favorable à cette conception, le conseil général de ce département prenait l'initiative d'un essai de colonisation familiale des aliénés. Après diverses recherches, il décidait de créer un centre de placement d'aliénés dans des familles d'un village important du Cher, à Dun-sur-Auron, où les conditions d'existence d'une population douce et laborieuse, devenues précaires par suite de la disparition du pays d'une industrie importante, laissait espérer l'acceptation

par les familles de ce moyen d'augmenter leurs ressources, en se rendant utiles et secourables à ces déshérités de l'existence. Après des conférences dans le pays pour faire connaître à la population le genre de malades auquel elle serait appelée à donner des soins, et avec l'appui des autorités locales, un certain nombre de familles se déclarèrent prêtes à accepter des pensionnaires.

L'administration de la Seine décidait alors cet essai en débutant par le placement de démentes chroniques depuis longtemps internées et dont l'état démentiel ne présentait plus de réactions actives permettant d'espérer leur réadaptation à la vie familiale.

Au mois de décembre 1892, un premier convoi arrivait à Dun et était réparti à raison de deux ou trois pensionnaires, dans quelques familles qui s'étaient offertes à soigner ces démentes.

La fréquentation de ces « folles » ne fit que confirmer chez cette population tranquille le désir de prendre dans leur famille, en utilisant une chambre vacante de leur logement, des malades dociles, valides, propres, ne demandant que des soins d'alimentation et de surveillance. En peu de temps les demandes de pensionnaires se multipliaient et il était possible de rendre ainsi à la vie familiale de nombreuses malades, parmi celles internées depuis de longues années, et en partie abandonnées par leurs familles.

De 22, en décembre 1892, les aliénées ainsi assistées à la colonie de Dun-sur-Auron se sont élevées jusqu'au chiffre de 924 en 1919. Peu à peu le placement familial s'est étendu aux environs jusqu'à 20 kilomètres de Dun, par la création de plusieurs annexes : aux villages de

Bussy-Nizerolles et divers hameaux à 4 et 5 kilomètres en 1896, de Levet, à 15 kilomètres en 1897, d'Osmercy, à 10 kilomètres en 1902, d'Ourouer-les-Bourdelins, à 20 kilomètres en 1902. De plus une annexe à Ainay-le-Château (Allier), sur les limites du département du Cher, à 23 kilomètres de Dun, fut organisée en 1900, destinée spécialement à hospitaliser des aliénés hommes, qui y sont placés dans les mêmes conditions que les aliénées femmes à Dun, avec des conditions pécuniaires légèrement supérieures. Cette annexe hospitalise en 1919 324 malades, tant dans la centre, la petite ville d'Ainay-le-Château, que dans diverses annexes des environs. Cette annexe, d'abord rattachée à Dun, n'a pas tardé à prendre une importance suffisante pour former un centre relevant directement du département de la Seine, comme le centre de Dun.

Actuellement, après 28 ans d'existence, la colonie familiale de la Seine, de Dun-sur-Auron hospitalise 950 femmes (juillet 1920) et celle des hommes, à Ainay-le-Château, 380 hommes (janvier 1920).

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA COLONIE FAMILIALE

A leur arrivée à la colonie de Dun, les nouvelles pensionnaires sont photographiées, pesées et examinées par les médecins de la colonie. Il convient que cet examen soit rapide, après un trajet souvent assez long, afin de ne pas fatiguer la malade, déjà un peu désorientée par le voyage et le changement de milieu. Le lendemain, étude de l'état physique et mental et placement chez les nourriciers, s'il n'y a pas lieu de prolonger l'observation à l'infirmierie.

D'ordinaire les malades arrivantes suivent volontiers leur nourricière et manifestent leur satisfaction d'être dans une famille où elles retrouveront leur existence ancienne, des enfants, une vie en commun ; rares sont celles à qui le changement de milieu, le voyage, l'absence de murs, d'infirmières et la sensation de la liberté donne un nouvel accès de délire. Souvent deux malades venant du même asile demandent à être ensemble : ce désir est satisfait toujours lorsque c'est possible ; elles s'aident ainsi à s'acclimater l'une l'autre. Si d'aventure deux arrivantes appartiennent à la même famille, et le cas s'est

présenté quelques fois, elles sont placées dans la même maison, pour peu qu'elles en manifestent le désir ; il faut reconnaître qu'il est rare que leur état mental n'oblige bientôt à les séparer.

Les déments chroniques calmes sont les plus faciles à placer et ceux qui s'adaptent le plus vite au système familial. Mais encore faut-il qu'ils soient surveillés jusqu'au jour où ils sont capables de reconnaître leur chemin, sinon ils marchent devant eux et s'égarant.

A l'arrivée des malades, leur bien-être, leur existence heureuse dépendra du choix des nourriciers auxquels ils seront confiés, et ce choix n'est pas toujours aisé. Il faut étudier le caractère du malade, son délire, son aptitude à la sociabilité, et même consulter ses goûts : préfère-t-il une solitude relative, ou bien vivre dans une famille nombreuse ? Aime-t-il les enfants ? Aime-t-il une chambre élégante et ornée, au rez-de-chaussée ou au premier étage ? Préfère-t-il le centre de la ville, les faubourgs ou la campagne ? S'entendra-t-il avec un compagonn ? Sera-t-il indifférent aux opinions politiques ou religieuses de ses nourriciers ? D'autre part le nourricier, lui aussi, présente des qualités et des défauts, des préférences et des répulsions ; s'il y a incompatibilité d'humeur, la malade demande bien vite son changement. Le bon placement est celui qui assure à l'assisté le maximum de bien-être et les satisfactions morales de nature à améliorer son état. Toutes ces questions doivent donc être résolues par le médecin dans l'intérêt de l'aliéné qu'il confie à une famille. Au nouvel arrivé, rendu à la liberté, il faut trouver un intérieur dans lequel il se plaira : besogne délicate, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, et qu'il

faut acorder entr'eux plusieurs caractères féminins, car les malades sont d'ordinaire deux par placement, et il faut compter avec la nourricière. Cet accord est indispensable pour éviter des froissements, des discussions nuisibles, aussi bien à la malade qu'à sa compagne.

Ce n'est pas seulement le délire de plusieurs centaines d'aliénés que le médecin doit connaître, leurs préférences, leurs goûts et leurs façons de se comporter en liberté ; il doit aussi se rappeler les conditions d'existence des plusieurs centaines de nourriciers auxquels sont confiés les malades. Pour chaque placement il connaîtra les dispositions des chambres, la composition de la famille, le genre d'occupation, le caractère des différents membres de cette famille, et surtout le caractère de la nourricière, avec ses qualités et ses défauts. Toutes ces considérations sont importantes pour la malade, qui, suivant son délire et même ses opinions religieuses et politiques, s'adaptera plus ou moins aisément à son nouveau milieu. L'un veut quitter son placement parce que « les enfants ne sont pas assez bien élevés » ; un autre parce que « on le tient à l'écart, parce qu'on est trop familier avec lui », etc. Toutes ces conditions ne sont pas toujours faciles à réaliser dès le premier essai. Si pour une cause ou pour une autre le malade ne s'habitue pas à sa nouvelle vie, il veut changer de logement et de famille, plus ou moins fréquemment suivant son caractère et son délire. D'ordinaire, après quelque temps passé à la Colonie, tous ceux qui sont sociables et aptes à vivre en famille ont trouvé la maison, la nourricière et la compagne de leurs choix. D'autres, après divers essais infructueux, doivent être réintégrées dans un asile fer-

mé. D'autres, moins sociables, trouvent leur satisfaction à loger dans une chambre seule, où souvent ils peuvent organiser leur vie à leur guise.

Si les goûts des malades sont différents, les conditions de la vie pour chacun d'eux dépendent de plusieurs éléments distincts : le nourricier, sa famille, sa maison ; puis, la chambre du malade, sa nourriture, son bien-être et enfin son ou ses compagnons.

Un règlement, affiché dans la chambre des malades, précise les devoirs du nourricier à l'égard de ses pensionnaires, leur assure une installation et une nourriture satisfaisantes.

Chaque nourricier est muni d'un livret indiquant l'état civil de ses pensionnaires ; ce livret est paraphé lors de chacune des visites par les personnes préposées à l'inspection et par le médecin, qui y inscrit les prescriptions et recommandations spéciales et ses appréciations relative au service du nourricier.

Chaque pensionnaire est muni d'un trousseau réglementaire, vérifié de temps en temps et complété lorsqu'il y a lieu.

Des primes en argent sont allouées aux nourriciers qui se distinguent par les soins qu'ils donnent à leurs pensionnaires, le retrait partiel ou total de ceux-ci, la suspension ou le retrait définitif de l'autorisation d'en recevoir sont prononcés lorsqu'il y a lieu.

Les visites d'inspection à domicile par des surveillants sont faites au moins une fois par semaine dans chaque placement, et chaque jour sur toute demande, soit des nourriciers, soit des malades. Les résultats de ces visites

font l'objet d'un rapport détaillé inscrit sur un cahier spécial, et de notes sur l'observation de chacun des malades. Ce rapport est communiqué, dès la fin de la visite, au médecin de service.

Les nourriciers sont rendus responsables, soit pécuniairement, soit par des sanctions disciplinaires des dégâts et dommages occasionnés par les pensionnaires dont ils ont la responsabilité, et qui découlent de la négligence qu'ils ont pu apporter à leur surveillance.

Si les conditions d'existence à la Colonie doivent être autant que possible, les mêmes pour tous les malades, les nourricières n'ont pas toutes la même vie : les nourricières veuves sont en assez grand nombre. Certaines n'ont pas d'enfants, chez d'autres la famille est nombreuse. Les-unes habitent la ville ou une agglomération importante, d'autres de petits hameaux. Les professions sont variées : cultivateurs pour la plupart, manœuvres, vignerons, sabotiers, voire de petits propriétaires ruraux ; pour les femmes, beaucoup se bornent aux soins de leur ménage et de leurs enfants ; d'autres, assez nombreuses, se livrent à des travaux de confection de lingerie que leur procurent des correspondants de divers magasins. La profession de cafetier, marchand de vins, débitant de boissons n'est pas acceptée.

Les placements sont donc urbains ou ruraux, au point de vue du goût des malades. Si on prend Dun comme exemple, la plupart des malades travailleuses préfèrent habiter la petite ville, où elles trouvent aisément à s'occuper aux travaux de lingerie, couture, broderie, dont elles retirent un petit profit appréciable, qu'elles em-

ploient, du reste, librement, sous un contrôle discret. Appréciable est le nombre de celles qui déposent leur petit pécule à la caisse de l'établissement, qui, à date fixe ou sur leur demande, le leur délivre par petites sommes.

Si à la ville les confectionneuses emploient volontiers les malades, celles-ci trouvent souvent à la campagne à mieux employer leurs aptitudes ménagères. Enfin dans un atelier situé dans les locaux du centre hospitalier, à Dun, un assez grand nombre de malades, qui demandent surtout plus de surveillance, sont employées à la confection et à la réparation des trousseaux, travail pour lequel elles reçoivent une rémunération proportionnée à leurs aptitudes.

Tout placement de malades chez un nouveau nourricier donne lieu à l'inspection du local proposé, de son installation hygiénique, et du matériel exigé. Le cubage réglementaire est de 20 mètres cubes minimum par personne (il est dépassé la plupart du temps) avec un éclairage et des moyens de chauffage appropriés. Les chambres sont garnies de carreaux, la plupart du temps, quelques-unes sont parquetées ; les murs sont tapissés avec du papier, beaucoup sont blanchis à la chaux : on encourage ce dernier mode d'installation, à cause de la facilité de cette décoration et de l'économie d'entretien.

La literie est en bois, en général, mais pour les installations à créer, on obtient assez facilement l'achat de lits en fer, plus hygiéniques. La literie, paillasses, sommiers quelquefois, matelas ou lit de plumes, draps et couvertures en nombre suffisant, dont une de laine au moins, sont à la charge des nourriciers. Le trousseau de

chaque malade comporte tout le linge personnel, ainsi que serviettes et torchons ; le nourricier doit aussi fournir pour les oreillers des taies en toile blanche qui permettent de vérifier plus facilement leur état de propreté.

Le malade dispose d'une table de nuit ou petit meuble non clos, si possible, d'une cuvette, d'un pot-à-eau, d'un meuble personnel pour la vêtue. Les visiteurs des placements veillent spécialement à la présence et à la propreté de tous ces objets ,et à ce que la chambre des malades soit réservée exclusivement à leur usage.

Chez les veuves, la règle de la chambre à part pour les pensionnaires n'est pas toujours appliquée, la chambre à coucher commune présentant souvent dans ce cas, au contraire, des avantages au point de vue de la surveillance, surtout pour les pensionnaires âgées, à qui des soins assidus sont nécessaires.

On a pu constater que les malades habitués à vivre à Paris ou aux environs acceptaient assez facilement de vivre à la campagne, malgré la différence avec leur existence antérieure, et certains se plaisent mieux dans les placements éloignés et disséminés dans les hameaux.

A vrai dire, pour les placements éloignés et isolés, on choisit de préférence des malades peu sociables et difficiles, de façon à leur éviter les causes d'excitation, plus fréquentes dans les agglomérations. Il n'est pas exceptionnel de voir de ces malades aider leur nourricier à exploiter leur bien, persuadés quelquefois qu'ils y ont un intérêt personnel.

Ces placements éloignés présentent l'inconvénient qu'ils ne peuvent être surveillés aussi aisément que ceux

qui sont proches du centre de la colonie. Mais le surveillant de la section dans lequel ils sont compris, qui reste tout proche, qui a à sa portée, au village voisin, télégraphe et téléphone, y fait des tournées fréquentes, et plus fréquentes aussi y sont les visites du médecin.

Le placement à la campagne est le vrai placement familial, en ce sens que le malade y est souvent considéré comme faisant partie de la famille.

Les pensionnaires doivent, en principe, prendre leur repas en commun avec toute la famille. Il faut avouer cependant qu'à Dun surtout, les malades mangent souvent dans leur chambre et le nourricier avec sa famille dans l'autre. Mais souvent aussi ce sont les malades eux-mêmes qui exigent cette séparation, d'autant plus que cela permet à la nourricière de les faire manger à des heures plus régulières, soit que ses occupations ne permettent pas au mari de rentrer à des heures fixes, soit qu'il y ait des enfants jeunes et trop bruyants. Quelquefois la malade est grossière, peu propre, turbulente et délirante ; parfois encore, de par ses idées de grandeur, elle se trouve humiliée de prendre ses repas avec ses nourriciers, qu'elle considère comme gens sans éducation, et ne s'étonne pas d'être servie par eux. S'il y a dans les colonies, des aliénés d'un commerce facile, ne sont pas rares ceux qui, par des idées délirantes, rendent l'existence très dure à leur entourage. Pour que le malade fasse partie de la famille de son nourricier et ait quelque chance d'être considéré autrement que comme une personne encombrante, mais d'un certain rapport, il ne faut pas que les nourriciers soient débordés chez eux par leurs pensionnaires.

Le règlement qui prescrit aux nourriciers de prendre leurs repas avec leurs pensionnaires ne doit pas être appliqué de façon absolue et dans tous les cas. C'est une garantie, il est vrai, que les malades seront nourris aussi bien que leurs hôtes, mais cette garantie est souvent illusoire. Si le nourricier n'est pas scrupuleux, si le malade est inconscient, on lui donnera tout aussi bien les plus mauvais mets à la table de famille qu'à la table à part ; si, au contraire l'aliéné est difficile et exigeant, il saura bien se faire servir, même isolé dans sa chambre. C'est pourquoi, du reste, on associe d'ordinaire, surtout chez les nourriciers suspects, un malade conscient avec un débile incapable de réclamer. Cette association a encore d'autres avantages : elle assure des soins plus exacts aux malades, infirmes ou inconscients.

D'une façon générale les malades se montrent satisfaits de la nourriture et préfèrent le régime des nourriciers à celui des asiles, tout en disant qu'il est moins varié et comporte moins de viande. Quelques-uns, avec le produit de leur travail, s'achètent de petits suppléments : café, sucre, chocolat. Quelques malades, peu nombreuses, excellentes travailleuses, arrivaient à gagner, en temps ordinaire, de 0.50 à 0, 75 par jour, en travaillant au dehors. Actuellement du reste, avec le renchérissement de la vie, ne sont pas rares, celles dont le travail, soit comme couturières, soit surtout comme ménagères, leur procure de 1 à 2 francs par jour.

Parmi les persécutées, avec trouble du caractère, idées de grandeur, quelques-unes, rares, il est vrai, ont été autorisées, sous un contrôle sévère, à faire elles-mêmes

leur cuisine, abandonnant à la nourricière, comme location de la chambre et frais généraux, une somme de 10 francs, avant la guerre, mais pas inférieure à 15 fr. en ce moment. Quelques-unes ont pu vivre ainsi, sous le contrôle du personnel médical, un certain temps sans inconvénients appréciables. Mais depuis la guerre et la cherté de tous les aliments, cette situation n'est plus autorisée que d'une façon exceptionnelle et est en voie d'extinction.

Les menus, dans chaque placement, sont inscrits par les surveillants dans leurs visites quotidiennes, qui sont faites souvent à l'heure des repas, de façon à vérifier si les prescriptions du règlement, quantités de pain, de vin, de viande et aussi installation, sont strictement exécutées ; toutefois depuis la guerre, les difficultés de l'existence et la vie chère, une certaine tolérance, dans les limites raisonnables, est de règle en ce moment.

Toutes les conditions du bon placement ne sont pas toujours réalisées. Dans tel placement, l'installation de la chambre n'est pas parfaite, tout en étant suffisante : mais la nourriture est bonne, la nourricière est attentive et intelligente. Dans tel autre, au contraire, la nourriture est plus médiocre, mais la chambre est large, aérée, bien meublée, avec un jardin.

Le prix payé aux nourriciers par le département de la Seine, pour l'entretien du malade, a peu varié depuis l'installation de la Colonie jusqu'à la période de guerre et n'a subi que des fluctuations peu importantes, dûes seulement aux variations du coût de l'existence dans la région.

Au début de l'installation, la rétribution journalière aux nourriciers était de 1 fr. 10 par malade, pour la nourriture et tous les soins ; elle est actuellement de 2 fr. 50 et doit être incessamment portée à 3 fr. Des primes en argent, d'importance appropriée au zèle de chacun des nourriciers, viennent augmenter mensuellement cette indemnité, elles sont largement justifiées par la cherté de toutes les denrées.

Le prix de revient de la journée de malade à la Colonie a, par suite, varié d'année en année, tant à cause de cette allocation que par suite de l'augmentation des frais généraux.

Les visites des placements sont l'occasion pour le personnel médical de donner aux familles des nourriciers des notions d'hygiène, de soins à donner aux malades, aux aliénés en particulier. Il faut surtout leur apprendre la façon de nettoyer une chambre, de l'aérer, de faire un lit, ranger un trousseau, préparer certains aliments, parler aux malades spéciaux qu'ils soignent, etc., avec recommandation essentielle de prévenir le médecin au moindre incident. C'est ainsi que peu à peu l'éducation des nourriciers s'est développée et qu'un certain nombre, ayant depuis longtemps ou ayant toujours eu dans leur famille des malades, peuvent être considérés comme de véritables infirmières.

Ainsi donc, quelquefois dès son arrivée, le plus souvent après plusieurs essais, le malade a trouvé la maison qui lui convient et s'est habitué à sa nouvelle famille. Quelle est désormais sa vie, ses occupations, ses distractions ? La possibilité de se créer une existence plus indépendante, et non assujettie à un règlement strict, com-

me à l'asile, est la raison principale qui lui fait préférer le régime de la Colonie à celui de l'Asile.

Chez son nourricier, le malade se lève quand il lui plaît, sort et rentre aux heures qui lui conviennent, travaille quand il veut et pour qui il veut, ce travail lui assurant, du reste, une rétribution en argent. Qu'il soit chez son nourricier aux heures des repas, qu'il ne s'éloigne pas de la maison ou du village, qu'il soit rentré à la tombée de la nuit, telles sont les limites de sa liberté d'action.

La plupart des malades n'abusent pas de cette liberté. Un grand nombre, assez conscients et capables d'activité, cherchent à s'occuper et trouvent du travail, soit au siège de la Colonie, soit chez leurs nourriciers, soit chez d'autres personnes du pays. C'est là le meilleur moyen de les acclimater rapidement et, en satisfaisant leur besoin d'activité, de mieux apprécier la liberté dont ils jouissent. Beaucoup se trouvent plus heureux qu'à l'asile ; ils s'améliorent d'autant plus qu'ils sont très souvent sensibles, affectueux et conscients malgré leur délire. Pour leur conserver leur activité mentale, pour satisfaire leur besoin de travail et parfois d'affection, il est souvent utile de les associer dans leur placement avec un malade passif et inconscient, en leur donnant mission de s'en occuper, et presque toujours les deux malades tirent profit de cette association.

Actuellement, au centre de Dun, sur 600 malades femmes placées dans les familles, près de 300 travaillent d'une façon régulière, confectionneuses, lingères, couturières, blanchisseuses, femmes de ménage et s'occupant à diverses autres petites besognes, comme gardeuses de

vaches et d'oies, chez les particuliers. L'une d'elles, réclamée depuis peu par sa famille, a donné longtemps des leçons de piano ; 80 environ viennent chaque jour à l'atelier de lingerie installé au siège de la Colonie, travaillent au vestiaire des malades, à la buanderie, ou comme aides aux infirmeries. On compte parmi elles une fleuriste, une couronnière, une brodeuse et diverses spécialités. Elles sont inscrites au pécule pour des sommes variant de 15 à 30 et 50 centimes par jour, voire plus, en ce moment. La presque totalité des vêtements est confectionnée par elles, sous la direction des préposées à la lingerie, soit à l'atelier même, soit dans leurs placements, lorsqu'elles veulent emporter leur ouvrage et sont jugées aptes à rassembler toutes les pièces. Pour quelques-unes on taille l'étoffe nécessaire et la malade cout elle-même ses vêtements et s'habille ainsi à son goût.

Parmi les couturières, les meilleures travaillent pour des entrepreneuses de confection du pays ; elles touchent directement le prix de leur travail et en font l'usage qu'il leur plaît, mais que l'administration s'efforce cependant de contrôler, gagnant, selon leur activité, de meilleures journées ; elles se trouvent de cette façon plus indépendante qu'à l'atelier de la Colonie. Du reste, beaucoup se rendent compte de la valeur de leur travail, et l'estiment même quelquefois plus qu'il ne vaut ; elles se préservent ainsi assez bien de l'exploitation possible par les habitants.

La population, il faut en convenir, a de l'intérêt à garder ces malades, sinon elle ne les accepterait pas. Il faut seulement éviter que ce mobile n'ait des conséquences excessives, d'où la nécessité d'une surveillance qui

doit être d'autant plus active qu'elle est plus difficile et plus délicate.

Les malades occupées à travailler pour des entrepreneuses du pays, qui leur servent d'intermédiaires avec les grands magasins (Louvre, Bon-Marché, etc.) gagnent en moyenne, de 0,30 à 0,50 par jour, davantage en ce moment, sans pour cela priver de travail les ouvrières du pays, d'une façon appréciable.

A la campagne, les nourriciers emmènent souvent leurs malades aux champs ; ils travaillent avec eux ou gardent vaches et moutons, quelquefois pour le compte d'autres habitants du pays. Elles sont rétribuées par quelques sous, souvent par les douceurs du café. A Ainay-le-Château, un ancien professeur de lycée donne des leçons de français, de calcul, d'écriture ; un ancien sous-chef de musique donne des leçons de violon ; un mécanicien répare les machines à coudre, etc.

Beaucoup cependant ne s'occupent pas à un travail actif, mais nombreuses sont celles qui aident leur nourricière à faire le ménage, faire les lits, balayer la maison, faire la vaisselle, et passent le reste du temps à se promener, soit dans le pays, soit dans les environs immédiats. Pour beaucoup le plaisir de se réunir est tel qu'elles se donnent rendez-vous dans les jardins de la Colonie, sur les promenades du pays, assez nombreuses ; d'autres font de fréquentes visites à l'église, où il est bien rare qu'elles causent du désordre, et où elles assistent à la plupart des cérémonies. Quelques-unes se sont créées des relations en ville ; d'autres, venues d'un même asile, se retrouvent volontiers pour parler de leurs souvenirs communs ; il n'est pas jusqu'aux plus fortunées

recevant quelque argent de leur famille; ou gagnant un peu par leur travail, qui n'invitent des compagnes moins favorisées à partager les petites douceurs qu'elles se procurent. A Ainay les hommes ont une salle de réunion, ouverte tous les jours, avec quelques journaux, des jeux, du papier à lettre. A Dun, une salle de réunion vaste, très bien aménagée, avec piano, phonographe, est à leur disposition tous les dimanches et fêtes, sous la surveillance d'une infirmière : la musique, les chants, voire la danse, y sont très goûtés. Du thé l'hiver, des sirops rafraîchissants l'été, n'y manquent point d'amateurs. Les fêtes, 1^{er} janvier, 14 juillet, Pâques, etc., sont l'occasion de distribution de chocolat, fruits, biscuits, etc., qui ne manquent jamais d'attirer beaucoup de clients. Enfin les fêtes du pays, fêtes patronales, louées sont très suivies par les pensionnaires. Au passage de petites troupes théâtrales, cirques, cinémas, les entrepreneurs de ces spectacles viennent solliciter l'autorisation de donner une représentation pour les pensionnaires, dont la colonie fait les frais ; elles y assistent nombreuses et y manifestent leur satisfaction par les applaudissements les plus nourris.

Le nourricier, ou plutôt la nourricière, car dans le ménage, c'est surtout la femme qui s'occupe des pensionnaires, est-il bien préparé à ce rôle de garde-malade ? Nous avons pu constater qu'avec de la bonne volonté et une certaine préparation, les populations du Berry à qui on a confié des malades, se sont en général montrées aptes à soigner ces malades, et à les bien soigner ; on leur demande surtout d'être de braves gens. Or, ils sont la plus grande majorité dans ce pays ; leur

caractère doux, facile en général, offre une grande sécurité. On peut dire que jamais aucun cas grave de violence n'a été à déplorer envers les pensionnaires. En revanche, nombreux sont les nourriciers qui s'attachent à leurs pensionnaires et les traitent comme des parents infirmes.

En somme, les nourricières, outre l'obligation matérielle de préparer et de veiller à l'alimentation, à la propreté de la chambre, du linge, de la vêtue, est chargée de renseigner le médecin sur la conduite du malade, de prévenir des indispositions et de tout changement dans les habitudes de celui-ci, de toute modification dans son état physique et mental, et de provoquer, dans les cas douteux, la visite du médecin, qui juge alors si la malade doit être soignée dans son placement ou transportée à l'infirmerie. Il est important de veiller à ce que les nourriciers ne témoignent pas, à l'égard de leurs pensionnaires, la même négligence qu'il apportent souvent à leurs propres souffrances.

La fréquence des visites médicales, outre celles des surveillants, est une condition indispensable du bien-être des malades.

Tous les pensionnaires sont vus environ une fois par semaine par un surveillant et par un médecin. Pour la commodité du service, le pays a été divisé en un certain nombre de secteurs, d'après les rues et les quartiers. Chaque jour une tournée est faite matin et soir ; chaque tournée comprend vingt à trente placements. Le surveillant, note son passage sur le carnet spécial du nourricier, avec un timbre dateur journalier. Il note, sur son carnet personnel, ce qu'il a constaté chez le nourricier

dans l'état mental des malades, leur occupation, leur tenue, leurs demandes, l'entretien de leur trousseau et de la literie, les interroge sur leur alimentation, qu'il vérifie fréquemment à l'heure des repas. Ses observations provoquent ainsi de la part du médecin des visites supplémentaires dans les placements douteux.

Un Médecin-Directeur, deux Médecins-Adjoints, trois Médecins assistants se partagent le service médical. L'un des médecins assistants réside au centre de la Colonie ; les deux autres habitent, l'un, le centre de Levet (à 15 kilomètres, 60 à 80 malades) et dispose d'une infirmerie de quatre lits ; l'autre l'annexe des Bourdelins (à 20 kil., 80 à 100 malades) avec une infirmerie de trois lits. Dans les annexes, de même qu'à l'annexe d'Osmery, on a installé un service de bains rudimentaire, qui permet de donner des bains en nombre suffisant à tous les malades de la section, voire même à ceux des habitants qui veulent en profiter, moyennant rétribution au concessionnaire de ce service.

Les surveillants des placements, au centre de la Colonie, sont au nombre de trois. A l'annexe des Bourdelins, un surveillant assiste le médecin dans le service de cette annexe ; de même, une surveillante, résidant à l'annexe d'Osmery (à 10 kil., 80 malades) visite les malades de cette annexe, et prévient par téléphone le siège central à Dun, en cas d'incident.

Un nourricier choisi spécialement remplit le même office à une annexe de la commune de Bussy, Les Chemeaux-Cilly (à 6 kil., 30 malades), tandis que l'annexe de Nizerolles, dans cette même commune (à 4 kilom., 50 malades) est visitée par l'un des surveillants de Dun, au

centre duquel elle est reliée par une installation téléphonique privée.

Dans chacune des annexes où réside un médecin-assistant (Levet) et Les Bourdelins) où une surveillante (Osmery), ceux-ci, qui vivent au milieu des malades, transmettent chaque semaine un rapport au médecin-directeur à Dun et avertissent par téléphone ou par exprès à l'occasion de tout incident. Ce service de surveillance dans les annexes exige, de la part du personnel qui en est chargé et qui vit en contact peut-être plus fréquent, non seulement avec les pensionnaires, mais aussi avec la population, encore plus de garantie qu'à l'asile et des qualités de tact, de prudence, de modération et surtout de fermeté.

Les visites sont réglées de façon que le médecin puisse voir tous les placements une fois par semaine. Un rapport relate toutes les particularités de cette visite ; une feuille d'observation personnelle pour chaque malade, établie le jour de son entrée à la Colonie, contenant toutes les indications d'état-civil, état mental, santé physique, donne toutes les indications utiles.

Un service de permanence, avec un médecin-assistant, un surveillant, est établi au siège de la Colonie à Dun, afin de recevoir toutes les réclamations, donner des consultations aux 600 malades de Dun, et recevoir toutes communications des annexes. Toutes les réclamations donnent lieu à une enquête dont le résultat peut être le changement de la pensionnaire ou son retour à l'infirmerie. Souvent cette intervention suffit à clore les menus incidents qui se sont produits dans le placement.

La visite du médecin a aussi le grand avantage d'exer-

cer une surveillance plus autorisée sur les nourriciers, de veiller à ce que les pensionnaires ne soient pas l'objet dans les familles d'une exploitation sous aucune forme, car si les nourriciers prennent des pensionnaires, c'est pour en retirer un bénéfice.

La méthode de placement des aliénés dans des familles, peut se résumer dans la formule : « vie libre avec surveillance médicale active et continue ». La Colonie familiale reste un mode de traitement des aliénés, et non pas seulement un moyen économique de les assister.

Le rôle du médecin de la Colonie familiale est avant tout une fonction d'éducation dans laquelle toutes les qualités du psychologue peuvent se révéler. Bien choisir les malades, les associer entr'eux, les associer aussi avec les nourriciers, instruire ceux-ci, autant dans l'intérêt de leurs pensionnaires que dans leur propre intérêt ; tout le fonctionnement de la colonie est dans ces détails. Fermeté, patience et tact, telles sont les qualités indispensables pour en imposer à l'aliéné et obtenir des paysans ou des ouvriers auxquels on les confie l'assistance physique et morale nécessaire à son état. A la fois médecin de campagne et médecin d'asile, le médecin de la colonie familiale éprouve la satisfaction de ne pas se sentir assujéti au roulement uniforme d'une vie d'asile. Les moyens de crainte sont la seule volonté et l'influence morale qu'il faut prendre sur ses malades. La satisfaction c'est d'ignorer les verrous, les clés, les cellules, les moyens de contrainte, les sauts de loup, et de ne compter que sur lui-même pour maintenir chez ses malades le calme relatif que leur assure la liberté.

Cette influence morale sur les malades est le seul mode d'action dont le médecin dispose, et il ne peut l'imposer que par son contact incessant, pour ainsi dire, avec le malade. Pour n'avoir pas tout de suite trouvé le médecin qui, par quelques minutes d'entretien rétablit momentanément l'équilibre, il est arrivé que certains malades ont réagi violemment, ou fait des tentatives d'évasion. Il faut que le malade, sentant un protecteur dans le médecin, puisse à tout moment lui exposer ses désirs, ses besoins, et faire ses réclamations.

Mais, si exacte que soit la surveillance, si sévère que soit le choix des malades, on ne peut éviter des poussées d'excitation ou de délire chez des aliénés qui étaient très calmes au moment de leur transfèrement. Le changement de milieu, une discussion avec les nourriciers ou une compagne, une lettre de la famille, une visite de parents, suffisent parfois pour troubler le malade. Celui-ci devra alors être l'objet d'une surveillance efficace pour éviter tout incident, acte de violence, tentative de suicide, fugat, etc. Cette surveillance ne sera efficace qu'à l'infirmerie ; elle durera plusieurs jours, souvent davantage avant qu'on puisse songer à replacer le malade dans une famille. Si cet accès est trop prolongé, trop violent, le malade ne pourra plus bénéficier du placement familial, et devra être réintégré dans un asile fermé.

Au centre de la Colonie, les infirmeries sont réservées : 1° aux nouvelles malades qu'il est nécessaire d'y maintenir pour une observation plus ou moins prolongée ; 2° aux malades qui brusquement refusent de rester dans la famille où ils sont placés ; aux délirants aigus

(excitation, maniaque, accès d'alcoolisme, tendance au suicide, etc.) ; on sait que les aliénés chroniques ne sont pas immuables dans les détails de leur délire et de leurs réactions ; ils sont sujets à des épisodes aigus, pendant lesquels leur état mental peut devenir un danger, soit pour eux-mêmes, soit pour leur entourage ; 4° aux malades âgées, impotentes ou devenues gâteuses ; 5° aux malades atteintes d'affections intercurrentes et auxquelles des soins constants et délicats sont nécessaires.

En principe, le nourricier doit garder ses pensionnaires quand ils sont atteints d'une affection physique, grippe, pneumonie, entérite, etc., et exécuter les prescriptions médicales élémentaires, tous médicaments et appareils, pansements, etc., étant fournis par la Colonie. Cette règle est observée le plus souvent possible, car beaucoup de malades éprouvent quelque répugnance à entrer à l'infirmerie, qui leur rappelle l'asile. On ne doit pas oublier qu'il s'agit d'aliénés, c'est-à-dire de malades souvent indociles, et qu'il est souvent besoin d'imposer le traitement qui convient : le médecin seul a l'autorité nécessaire, la plupart du temps. A l'infirmerie seulement le malade, outre qu'il aura des visites plus fréquentes, trouvera un personnel mieux préparé, plus éclairé, sinon plus dévoué, avec toute l'autorité nécessaire. Ce sera encore la meilleure garantie pour éviter la transmission des maladies contagieuses du pensionnaire à ses nourriciers, ou réciproquement.

A Dun, le centre de la Colonie est constitué par des infirmeries, un pavillon pour impotentes et gâteuses, des services généraux, des logements pour une partie du personnel :

1° Un pavillon de 50 lits destiné aux malades impotentes et gâteuses, comprenant la cuisine générale ; 2° une aile du bâtiment central, divisée en deux salles de huit lits avec deux chambres pour délirantes aiguës et malades agitées ; 3° une infirmerie de 10 lits, divisée en trois chambres, avec chambre d'isolement. Ces trois infirmeries, avec des bâtiments qui ont été transformés pour établir une lingerie avec atelier de couture, une cordonnerie, une buanderie, des écuries et remises, un pavillon des morts avec salle d'autopsie et laboratoire, et des logements privés, sont disséminés dans un grand jardin, sans murs de clôture et formant la partie essentielle du centre la Colonie.

Ce petit asile, devenu insuffisant à cause de l'importance actuelle de la Colonie, est séparé d'une des rues principales du pays par des bâtiments se développant sur une longueur de cinquante mètres, par le pavillon du Directeur-Médecin en chef, les bureaux de la Direction, l'économat, une salle de consultation pour les malades, avec petite pharmacie d'urgence. Nous avons dit qu'on avait édifié, il y a peu, une grande salle de réunion pour auditions du phonographe, piano, voire danses et distribution de thé et douceurs.

Le service des bains avait été installé pendant les premières années de la création, en ville, dans un local proche la rivière, et assez éloigné du centre. Il était primitivement confié à un concessionnaire, qui était un entrepreneur recevant une allocation fixe pour chaque bain.

Cette installation a été modifiée depuis quelques années, pour la commodité et la sûreté du service. Elle fait partie des services généraux installés au siège de la Co-

lonie et comprend une salle d'attente, une salle de huit baignoires, divisée en cabines, closes sur les côtés, avec rideaux sur le devant, une salle de douches à jet et en pluie, une cabine individuelle, une cabine pour bains médicamenteux. Ce service fonctionne de la façon la plus satisfaisante. La moyenne réglementaire est de un bain par mois, mais le nombre n'en est pas limité, et les pensionnaires peuvent en prendre, à jours fixes, chaque fois qu'elles le désirent. Les bons de bains, avec contrôle, sont distribués par les surveillants lors de la visite des placements.

Telle est la situation actuelle des colonies familiales en France. La création et l'organisation est due toute entière au département de la Seine qui, on doit le reconnaître, en a fait, sans y ménager les ressources, une œuvre originale et complète.

AVANTAGES DU PLACEMENT FAMILIAL

Nous avons décrit le genre de vie que la Colonie familiale offre à l'aliéné, vie très différente de celle qu'il menait à l'asile. Ce mode d'assistance consiste dans le placement du malade dans une famille du pays, le principe en est tout entier dans une certaine liberté, liberté surveillée par le nourricier, et guidée par le personnel médical. Les nourriciers doivent à leurs hôtes tous les soins physiques nécessaires à leur existence. Les aliénés étant placés dans les conditions que nous avons indiquées, se rapprochant le plus possible de la vie normale, on s'est demandé s'ils savaient apprécier les avantages de cette liberté et si, grâce à ce changement d'existence, leur état mental s'améliorait.

Pour apprécier comme il convient ce système d'assistance, on peut s'adresser tout d'abord aux malades eux-mêmes : il est de toute évidence que leur jugement n'a d'intérêt et de valeur que si le malade est assez conscient pour apprécier la nouvelle vie que lui offre le placement familial.

Les médecins de la Colonie posent fréquemment aux nouveaux arrivants, à l'occasion du certificat de quin-

zaine, les questions suivantes : Etes-vous satisfait de votre séjour ici ? — Préférez-vous être ici ou à l'asile ? — Pourquoi ?

Presque toujours la réponse est favorable au système de la Colonie, sauf toutefois pour certains malades placés dans les asiles des environs de Paris ; ceux-là accepteraient facilement le retour dans un de ces asiles fermés et parfois même demandent leur réintégration.

D'autres regrettent le confort des asiles, mais par contre apprécient vivement la liberté dont ils jouissent. Dans les statistiques établies par les docteurs Marie et Lwoff, on voit que : un tiers des malades se déclare entièrement satisfait et ne voudrait pour rien au monde retourner à l'asile ; un autre tiers est indifférent ; enfin ceux du dernier tiers réclament leur sortie : il est à remarquer d'ailleurs que dans cette dernière catégorie, beaucoup sont atteints de cette mobilité pathologique si fréquente chez les aliénés qui fait qu'ils ne se plaisent pas plus dans un lieu que dans un autre ; ils étaient malheureux à l'asile, ils le sont encore à la Colonie.

Quelques malades, satisfaits de leur nouveau genre de vie, le proclament dans leurs lettres. Nous en empruntons une au rapport du docteur Lwoff, de 1901, écrite par un malade de la Colonie d'Ainay-le-Château, ancien professeur et journaliste (que nous avons personnellement connu autrefois) ; elle est adressée à un intéressé de l'asile de N... :

« Mercredi dernier, M. Lwoff, notre directeur, a fait appeler les hospitalisées venant de N... par le dernier détachement, c'était pour le certificat de quinzaine. Dans la conversation que j'ai eue avec lui, le docteur m'a posé

la question suivante : « Préférez-vous Ainay à l'asile ? Sans hésitation et très catégoriquement j'ai répondu que j'aimais mieux être à la Colonie. » Il m'a demandé alors de lui donner les motifs de cette préférence. Je les lui ai donnés et je tiens à vous les écrire : cela pourra servir à mes camarades d'infortune.

Tout d'abord, vous savez qu'à N... j'étais très heureux, libre de circuler dans l'asile, dans les jardins, d'aller, quand cela me plaisait, au domicile des employés, aux enfants desquels je donnais des leçons. Bien vu des infirmiers et des chefs, ayant de bons amis, recherché par M. X... et sa famille, par M. Y... et les siens, les douceurs ne me manquaient jamais. Je gagnais assez d'argent, d'autre part, soit par mon travail au bureau médical, soit par mes leçons. Eh bien ! malgré tout, après une expérience de près de trois semaines, je maintiens ce que je vous écrivais dans ma première lettre, c'est-à-dire que la vie ici n'est pas comparable avec celle qu'on mène à l'asile.

« A Ainay, on est soustrait absolument au contact avec les pauvres gens ; ce contact, qui navre les plus insensibles, est des plus dangereux pour les cerveaux déjà malades, puisqu'il l'est pour les cerveaux sains. Et puis le spectacle des épileptiques dans leurs crises, des fureurs des agités... Et la nuit les bruits, les cris qui troublent le sommeil... Or, à Ainay, comme je vous le disais dans mes lettres, on est bien calme, dans une famille tranquille ; on est seul ou deux dans une chambre ornée, bien chauffée. Si on a la chance de tomber sur un bon camarade, la vie n'en est que plus agréable. Nos lits ne sont pas aussi mauvais qu'on pourrait le croire,

une paillasse, un lit de plumes, deux bonnes couvertures, un édredon, une descente de lit et des draps bien blancs, dix fois plus propres que ceux de l'asile. A propos du linge, sachez que l'hospitalisé n'a pas à s'inquiéter ; toutes les semaines la nourricière en donne de propres, chemises, chaussettes, serviettes de toilette, caleçons, et autrement bien lavé qu'à la buanderie.

« Dans notre chambre, il y a un meuble avec pot-à-eau et cuvette, table de nuit, un poêle toujours chaud et une armoire pour ranger notre trousseau, qui ne laisse rien à désirer. Quant à la nourriture, elle est peut-être moins abondante qu'à l'asile, mais quelle différence de qualité ! Plus de viandes coriaces, de légumes sans goût, cuits à la vapeur. Tout ce qu'on nous sert est en quantité bien suffisante, frais et préparé au beurre du pays. Pour moi je vous assure que je mange mieux et avec plus d'appétit. Le vin est en quantité moindre, mais il est meilleur et supporte l'eau ; il est du pays et non pas de cet affreux, vignoble de Berey. Notre docteur, qui est inflexible sur l'alcool, tolère qu'on achète quelquefois un petit supplément de vin à notre nourricier ; je paye le mien 0,35 le litre. Lorsqu'on tombe malade, il y a une infirmerie où on est bien soigné.

« Vous voyez que sous le rapport de la vie matérielle on est aussi bien qu'on peut le souhaiter.

« Passons à la vie morale. L'asile de N..., avec une cour fermée, des murs élevés, des grilles, partout des serrures, toujours des serrures, des gardiens, partout des gardiens, se coucher militairement à 8 heures, se lever militairement à 5 heures en été, à 6 heures en hiver, et ne pouvoir, sous aucun prétexte, aller chercher au dor-

Du rapport du docteur Bonnet sur le fonctionnement de son service à Maison-Blanche, nous extrayons le passage suivant : « Bien que les avantages du placement familial ne soient plus à démontrer, je ne puis résister au plaisir de citer quelques passages d'une lettre que j'ai reçue d'une ancienne malade de mon service, transférée à Dun, tant cette lettre présente un caractère de spontanéité et de bonne foi. Cette malade, atteinte de dégénérescence mentale avec idées confuses de persécution et préoccupations hypocondriaques, était internée depuis vingt ans. Elle a vécu en Angleterre et appartient à une classe de la société au-dessus de la moyenne. Comme elle se plaignait de la séquestration, de la contrainte qui lui était imposée, du séjour attristant de l'asile, je lui proposais plusieurs fois de l'envoyer à Dun. Je me heurtais à un refus obstiné par parti pris. Pour remédier à l'encombrement du service, je dus l'envoyer à Moisselles.

Longtemps après son départ, je fus étonné de recevoir la lettre suivante, que cette malade m'adressait de la colonie de Dun, où mon collègue, le docteur Truelle, l'avait transférée :

« Monsieur le docteur, enfin je suis à Dun-sur-Auron. Combien j'ai été sotte de ne pas avoir accepté votre proposition ; je me serais évité bien de la peine. A présent que mon cerveau a pris du repos, je comprends que vous vouliez mon bien en me faisant partir de Maison-Blanche. Je me trouve bien heureuse de ne plus être sous la domination de ces porte-clefs, et puis de ne plus entendre le bruit des quartiers. Je ne suis pas si difficile à vivre. M. le docteur Rodiet a été bien bon pour moi. Je suis chez des personnes très bien ; elles sont très tristes

et je prends bien part à leurs peines. En dix mois elles ont perdu deux enfants, un jeune homme de seize ans et une jeune fille de vingt-deux ans, dont j'occupe la chambre. Je prends un grand plaisir à entretenir toutes ces choses ; je prends autant de soins que si tout cela était à moi ; en un mot ils sont très bons pour moi, ces braves gens. Je suis très sensible à tous les égards qu'ils ont pour moi, ces braves gens, etc., etc. »

On ne doit pas attacher à ces lettres plus d'importance qu'elles n'en ont, car, ainsi que le dit le docteur Ameline, tout s'use à la longue chez les malades, la bonne impression à l'arrivée d'abord, et plus tard les récriminations et dégoûts plus-moins épisodiques. Il n'en reste pas moins que les faits sont conformes à la réalité ; il suffit de visiter les placements familiaux pour s'en convaincre. Ce qui frappe dans la lecture de ces lettres, comme à l'interrogatoire des malades, c'est la joie et le bien-être qu'ils éprouvent d'être soustraits au milieu de l'asile, de ne plus avoir de promiscuité et de contact avec les aliénés troublés, agités, malpropres et inconscients, de ne plus être soumis à une discipline stricte, à l'obligation de ces dortoirs où sont pressés les uns contre les autres, pêle-mêle, ceux qui crient, délirent, qui se plaignent, et ceux qui voudraient pouvoir reposer. M. B..., comme la malade du docteur Bonnet, comme d'ailleurs beaucoup de ceux qu'on interroge, ont ressenti l'ennui des grands murs, des portes fermées, « toujours et partout des serrures, des gardiens », de cette vie stéréotypée dont la monotonie n'est coupée que par des événements toujours les mêmes, la visite médicale quotidienne, les corvées de quartier et les heures de repos.

Notre intention n'est nullement de critiquer la discipline de l'asile, car, ainsi que le dit Chaslin, : « La règle de l'existence à l'asile, qui enlève au malade l'initiative, mais lui impose la régularité, est une chose indispensable à l'ordre matériel et utile comme traitement moral. » Il y a aussi une sorte d'imitation qui se propage de l'un à l'autre et qui les rend plus dociles à cette discipline, si bien que des aliénés, venant de chez eux, où ils étaient traités seuls, difficiles à vivre, violents même, se soumettaient rapidement à la vie commune, une fois transplantés dans un milieu nouveau pour eux, et se transforment en malades paisibles, à la grande surprise des parents, et cela arrive aussi bien pour des enfants que pour des adultes.

Il y a aussi, du reste, la contre-partie. Des déments peu profonds et des chroniques inoffensifs, qui ont encore de l'activité intellectuelle, en dehors de leur délire, s'abrutissent (qu'on me passe l'expression) dans l'asile. Ils gagneraient à se trouver dans un cadre plus normal.

Le placement familial est alors avantageux. On sait, en effet, que certains aliénés, après une réclusion prolongée, tombent dans cet état de déchéance que les médecins écossais appellent « *asylum dementia* » : c'est un état d'atonie intellectuelle et morale qui vient compliquer l'affaiblissement sénile des facultés. Placé dans une famille et dans un milieu normal, ce malade, qui végétait de la même existence monotone depuis des années, arrive à utiliser les facultés qui lui restent et se reprend à vivre. Peu à peu il s'intéresse à la maison, aux enfants, prend part à la conversation, se remet à acquérir quelques notions élémentaires et à s'occuper. « C'est en-

core un dément, dit le docteur Marie, il ne peut être abandonné à lui-même et ne peut subvenir seul à ses besoins, mais il est redevenu en quelque sorte une valeur sociale. »

Les malades placés en colonie familiale peuvent organiser leur vie à leur façon. Il suffit d'avoir visité les placements dans les familles, pour se rendre compte que ce retour à l'existence normale n'est pas une illusion. C'est d'ailleurs beaucoup plus vrai pour les femmes que pour les hommes, car ceux-ci, par leur nature même, possèdent à un moins haut degré cette faculté de vivre dans un intérieur, même coquet et gentiment arrangé.

Il faut cependant reconnaître qu'il existe à la colonie un certain nombre de malades occupés jadis à l'asile qu'ils ont quitté et qui restent sans occupation dans les colonies. Sans doute ils ne fournissaient pas là-bas un travail bien considérable : courses dans les services généraux, travaux accessoires à la buanderie, travaux d'épluchage, de pliage, de raccommodage élémentaire, ménage, etc. Néanmoins cela suffisait à les occuper, à les distraire et aussi à leur donner l'illusion qu'ils étaient utiles à quelque chose. Les malades de cette catégorie, et ils sont nombreux, ne peuvent être employés à la colonie à cause du peu d'importance des services généraux. Chez les nourriciers, quand une malade a fait son lit, balayé la chambre, lavé le peu de vaisselle de la famille, elle n'a plus guère qu'à se promener dans les rues, s'asseoir sur les bancs de la place publique. Ceci est encore plus accentué pour les hommes, à la colonie d'Ainay. Mais le fait, qui pourrait être fâcheux dans un asile fermé, n'a pas ici les mêmes inconvénients. Le travail est

surtout recommandable aux aliénés parce qu'il les distrait de leurs préoccupations malades, qu'il tient éveillé ce qu'ils ont encore d'intelligence, que pendant une partie de la journée au moins, il ramène à la normale leurs manifestations extérieures, leur activité. Or ce résultat est obtenu à la colonie même pour cette catégorie de malades qui n'y ont pas d'occupation déterminée et continue. Par le seul fait que, libres dans la rue, ils se promènent à leur guise, que, par suite, ils participent dans une certaine mesure à l'existence commune, ils ont une vie intellectuelle plus active qu'ils ne l'auraient à l'asile, quand bien même ils ne font rien à la colonie et que là-bas ils passeraient leur journée à éplucher des carottes, à effiler de la laine, ou à pousser des brouettes, ce qui n'est pas pour développer beaucoup leur initiative.

Parmi les avantages de la colonie familiale, que même avec la plus mauvaise foi on ne saurait nier, celui qui, en dépit de tout, en fait un moyen d'assistance supérieur, c'est la très grande liberté laissée à l'aliéné.

Cette liberté n'est pas et ne peut pas être absolue. L'aliéné calme et paisible peut sortir à sa volonté, se promener sans être suivi par un gardien, comme cela a lieu à l'asile ; mais, malgré cette liberté de circulation, il est réellement en tutelle et dans un état évident d'infériorité par rapport au reste de la population. Il est entouré à son insu comme d'un vaste réseau de surveillance qui l'enveloppe. Tout en ne se manifestant pas sous forme de murs, de portes et de gardiens, ce contrôle n'en est pas moins réel ; il impose à chaque instant des limites à sa liberté et le fait vivre constamment dans une atmosphère pleine de restrictions morales en même temps

que matérielles. Par cela même qu'il est malade, il est compris dans cette partie de la population qui impose à l'autre une pitié bienveillante et sur laquelle elle s'arroe un droit de tutelle que chacun impose à l'aliéné par le seul fait de la supériorité de la raison sur la folie. Cette surveillance générale que la population saine exerce à tout instant sur la population infirme n'est pas un des moindres attraits de Dun et d'Ainay pour un observateur attentif. C'est un phénomène vraiment très curieux . on se demande, en effet, comment il est possible de donner à des aliénés la même liberté qu'on laisse à des hommes sains d'esprit, et comment, dans de semblables conditions, les accidents ne sont pas plus fréquents, alors que ces malades sont abandonnés à eux-mêmes, sans aucune surveillance directe. Cela s'explique par ce fait qu'un certain nombre d'aliénés sont sous la tutelle d'un certain nombre d'habitants, ceux-ci étant toujours prêts à leur servir de guide et d'appui, les gouvernant à leur gré comme des enfants, soit par la douceur, soit par la ruse.

La liberté laissée ainsi à chacun est très appréciée par les malades. Les deux lettres citées plus haut ne sont que l'expression écrite des réponses que font les pensionnaires quand on les interroge à ce sujet. Il est juste de dire que quelques-unes ne l'apprécient nullement, n'étant pas assez conscientes pour se rendre compte de leur situation exacte. Malgré tout, cette liberté leur est profitable, car elle les mêle d'une façon intime au reste de la population, ce qui est la caractéristique des conditions d'existence dans les colonies familiales.

Le régime familial n'est pas seulement un mode d'as-

sistance : L'expérience montre que ce peut être un moyen de traitement. Féré dit : « La cause qui domine le développement des affections mentales, la cause des causes est la dégénérescence organique héréditaire, congénitale ou acquise, permanente ou momentanée, et qui se traduit par une susceptibilité spéciale du système nerveux. Cette susceptibilité n'entre en jeu que sous l'influence de causes extérieures, plus ou moins faciles à saisir, mais inhérentes au milieu dans lequel vit l'individu prédisposé. Ces influences extérieures altèrent le milieu intérieur en modifiant non seulement les fonctions psychiques, mais l'universalité des fonctions organiques dont dépend l'intégrité des phénomènes intellectuels. Les altérations organiques liées aux troubles mentaux affectent en général un caractère dépressif ; elles ne peuvent être modifiées, le milieu intérieur ne peut être restitué à son état normal qu'à la condition expresse que la cause extérieure ait cessé d'agir. Aussi l'agent le plus puissant du traitement des maladies mentales consiste-t-il dans l'isolement. »

Esquirol dit « qu'il consiste à changer radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre ». Lasserre, d'autre part, dit que « l'isolement est la partie du traitement de l'aliénation mentale, qui consiste à soustraire d'une manière efficace l'aliéné aux influences du milieu où s'est développé la maladie ».

Dans la pratique, l'isolement et la séquestration se confondent le plus souvent, puisque la plupart des aliénés sont traités dans les établissements fermés dans lesquels ils sont maintenus sous une surveillance perma-

nente et soumis à une discipline uniforme. Or on attribue à la séquestration un rôle excessif. Lasségue n'a-t-il pas dit, d'une façon humoristique, « que le fonctionnaire le plus important d'un asile d'aliénés, c'est le portier » et Calmeil : « Les murs de l'asile sont déjà à eux seuls un puissant remède contre la folie. »

A la colonie familiale, l'aliéné n'est-il pas soustrait à toutes ses habitudes, n'est-il pas éloigné des lieux qu'il habite ordinairement, séparé de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, entouré d'étrangers ? Cet isolement n'est-il pas un changement de milieu qui, tout en permettant à l'organe malade de se reposer, fait disparaître les principales causes du délire, de quelque façon et en quelque lieu qu'il opère ?

Outre la thérapeutique par la liberté, l'assistance familiale permet d'appliquer aux malades un traitement moral qui sera la recherche d'émotions et de sentiments favorables (méthode psycho-thérapeutique de Déjerine), émotions et sentiments favorables qui sont créés par le milieu familial.

A l'asile, la part du traitement moral et individuel de l'aliéné est forcément réduite, à cause du cadre dans lequel il vit. Les paroles, les gestes, les actes de ceux avec lesquels il se trouve en contact, sont de nature à augmenter le trouble de son esprit. Placé dans un milieu plus sain, avec des individus en bonne santé, il subira insensiblement l'influence consistante de ce milieu.

Dans son ouvrage de l'irritation et de la folie, Brous-sais, après Esquirol, recommande d'occuper l'aliéné convalescent en recherchant particulièrement les occupations et les exercices capables de fixer leur attention et

de le mettre dans un milieu où il retrouve l'affection. Le placement familial répond bien aux prescriptions, puisque les malades jouissent d'une liberté qui leur permet précisément de choisir les occupations auxquelles ils sont susceptibles de s'intéresser, et que dans le cadre familial ils trouvent toujours la bienveillance et très souvent l'affection.

A la colonie de Dun existe une malade placée depuis 1893 chez une nourricière où elle trouva une affection réelle ; elle s'attacha aux enfants de la maison, en particulier à la petite fille, qu'elle tutoyait ; la nourricière étant morte, la jeune fille, mariée, prit dans son ménage la pensionnaire de sa mère. Elles sont tellement attachées qu'elles ne pourraient admettre l'idée d'une séparation. « Elle fait partie de la famille, dit la nourricière, et cela nous ferait un gros chagrin de la voir partir. »

Les détracteurs du système du placement familial ont dit que ce système était la négation de toute idée de thérapeutique. Faut-il admettre que ce soit un bien pour améliorer l'esprit que de laisser les aliénés entièrement livrés, sans contre-poids, au libre cours de leurs idées délirantes, à l'entraînement de leurs penchants maladifs et à la complète manifestation de leurs actes désordonnés ?.

La liberté se sert en quelque sorte de contre-poids à elle-même, plus les aliénés ont le pouvoir d'agir à leur guise, moins ils en abusent ; les occupations auxquelles se livrent les malades à Dun sont un puissant moyen d'ordre et de discipline et peuvent contre-balancer la tendance des malades à se concentrer en eux-mêmes ou à alimenter leur délire par son propre exercice.

Au point de vue du traitement individuel physique et moral, on aurait pu craindre que le placement familial ne fût inférieur au traitement à l'asile. Mais il existe dans les colonies familiales un contrôle des plus sévères, une action médicale des plus suivies, qui se font sentir dans tous les placements, les plus voisins comme les plus éloignés du centre colonial. Il faut rendre une complète justice au personnel de surveillance comme au personnel médical, médecin directeur, médecins adjoints et médecins assistants, qui, dans leurs visites des placementistes des pensionnaires, montrent envers ceux-ci l'intérêt le plus profond, la connaissance la plus approfondie de tous les détails qui les concernent, le zèle le plus vif pour les intérêts et leur bien-être.

L'amélioration constatée chez nombre de ces aliénés chroniques après un séjour de plusieurs mois ou de plusieurs années à la colonie est la meilleure preuve qu'on réalise ainsi pour des malades qui n'ont plus rien à gagner à l'asile un traitement plus actif.

Une lacune importante de l'existence du malade à l'asile, est de s'opposer à sa rééducation psychique. Plongé dans une sorte de cristallisation de la pensée, la vie factice du milieu lui interdit plus ou moins l'utilisation de ce qui lui reste de raisonnement.

Le placement de l'aliéné chronique inoffensif dans une famille est un bienfait pour l'aliéné, qui est ainsi replacé dans les conditions de la vie normale, dans un milieu qui a été le sien. Il y bénéficie de soins personnels qu'il est difficile de lui assurer dans un asile.

Là ne s'arrête pas pour le malade l'action bienfaisante du placement familial. Son intelligence engourdie peult

se réveiller par ce retour à une vie plus active, à ce contact avec une existence qui a été la sienne. Ne pratiquons-nous pas souvent pour nous-mêmes le changement de milieu, afin de nous tirer parfois de certains états passagers de fatigue cérébrale, de nonchalance intellectuelle ?

Le placement familial des aliénés présente un autre gros avantage, c'est qu'il permet le désencombrement des asiles.

Chaque année, dans leur rapport au préfet de la Seine, les médecins signalent l'encombrement de leurs services ; dans certains asiles cette situation s'aggrave chaque année.

Le docteur Legrain, de l'asile de Villejuif, s'exprime ainsi : « Dans le service que j'ai pris cette année, il y a longtemps que l'effectif théorique est dépassé ; il est vraisemblable qu'il ne sera jamais plus regagné. A Villejuif, comme d'ailleurs en France, les services sont des garderies bien plus que des services d'hôpital. On a bien des fois démontré l'impossibilité de soins convenables et individualisés dans des services où un seul médecin doit pourvoir aux besoins de 500 malades, que je ne veux point insister. On fait tout ce que l'on peut, et on court au plus pressé. Pour le reste, c'est au petit bonheur.

Je voudrais surtout appeler l'attention sur une situation particulièrement déplorable et à laquelle j'estime qu'il faut et que l'on doit remédier sans retard : c'est celle que tend de plus en plus à faire de nos services, sous prétexte d'aliénation, des quartiers d'hospice pour les vieillards.

Je me suis sans cesse insurgé, avec une ténacité qui ne touche pas à sa fin, contre l'internement tout à fait

injustifié d'une énorme quantité de vieillards, dont la seule folie est d'être séniles. Je ne saurais admettre que l'on se serve de toutes parts du prétexte de la vieillesse pour se débarrasser au profit des asiles d'unités qui ne leurs sont point destinées et qui dispensent de pourvoir à leur hospitalisation.

Constituer un dossier d'aliénée, pour une vieille femme dont la seule aliénation est d'avoir 92 ans, et qui, pour le reste, est solide et parfaitement inoffensive, est un gros abus. On s'y est prêté pour rendre service, je le comprends et l'excuse. On a admis que la vieillesse d'esprit pouvait théoriquement être assimilée à la folie, et l'on s'est ainsi excusé de recueillir dans nos asiles des personnes dont la place était dans des quartiers d'hospice.

Je ne fais point le procès de ce sentiment d'humanité, mais il a été générateur d'abus devenus inadmissibles. »

Le docteur Toulouse (rapport de 1913) proteste d'une façon non moins énergique contre l'encombrement de son service.

La même situation était signalée à l'asile de Vaucluse par le docteur Vigouroux, de même qu'à l'asile de Ville-Evrard par le docteur Truelle. A Sainte-Anne, « l'encombrement est progressif » dit le docteur Vallon.

Ainsi donc, tous ceux que leur fonction appelle à s'intéresser au sort des aliénés maintenus dans les asiles de la banlieue de Paris, reconnaissent qu'il est indispensable d'étudier la question de l'encombrement ; son importance et son urgence ne sauraient être contestées.

Un des moyens de désencombrer les asiles est le placement familial. Déjà, en 1889, au Congrès d'assistance

publique, entr'autres conclusions, on avait adopté la suivante : « L'asile doit être considéré comme un instrument de traitement et de guérison, et comme corollaire, à côté de l'asile, les colonies et l'assistance familiales doivent être développées le plus largement possible pour obvier à l'encombrement des asiles. Le médecin de traitement indiquera les catégories de malades qui sont en état de jouir de l'assistance familiale et surveillera les colonies. »

Nous étudierons plus loin quels sont les aliénés qui sont le plus aptes à bénéficier de ce séjour à la colonie et quelles sont les principales règles à dresser pour ce choix.

Dès maintenant nous pouvons déjà dire que la colonie pourra recevoir la foule des chroniques inoffensifs, qui constituent le trop-plein de l'asile. De cette façon, celui-ci gardera son caractère exclusif d'hôpital de traitement pour les aigus et de refuge pour les dangereux.

Un autre avantage à considérer quand on étudie les colonies familiales, est la question de l'économie réalisée par ce mode d'assistance. Il y a en effet un fait incontestable, c'est que le nombre des aliénés a augmenté dans une proportion telle que leur entretien devient une charge excessive pour les contribuables, et que dans plusieurs pays déjà on se préoccupe des moyens propres à diminuer ces charges. L'économie dans la construction des asiles et une meilleure organisation du travail des malades valides ne sauraient être trop encouragés dans ce but, mais ces moyens ne sont pas les seuls : l'assistance familiale permet de réaliser des économies, tout en assurant aux malades tous les soins nécessaires. Ac-

tuellement les nourriciers reçoivent pour leurs pensionnaires 2 fr. 65 par jour pour les hommes, 2 fr. 50 pour les femmes et le prix de journée total ressort à 3 fr. 83 et 3 fr. 60, alors que dans les asiles de la Seine, le prix de la journée est en moyenne de 12 francs.

Il est juste de dire que les malades envoyés par les asiles à Dun et Ainay sont ceux dont la lucidité est suffisante pour se livrer à des occupations utiles et qui ne demandent qu'une surveillance discrète. Par le transfert de certains de ces malades, le service intérieur des asiles se trouve un peu désorganisé. Il devient nécessaire de remplacer les malades auxiliaires par du personnel nouveau, et l'apparente économie ainsi réalisée se trouve quelquefois contre-balancée par cette dépense nouvelle.

Il ressort donc que l'économie réalisée par le système familial n'est pas très grande, mais elle est cependant réelle, et si minime soit-elle, elle vient s'ajouter aux autres grands avantages offerts par la colonisation familiale, qui, pour le malade, est la soustraction au milieu débilitant de l'asile, la liberté, la vie dans un milieu normal, avec la possibilité de redevenir une valeur sociale.

IMPERFECTIONS ET INCONVÉNIENTS DU PLACEMENT FAMILIAL

Ayant montré quels étaient les avantages du placement familial, nous allons indiquer quelles sont les imperfections et les dangers de ce mode d'assistance. « On n'améliore pas une œuvre en proclamant chaque jour son excellence. Ne travaille-t-on pas mieux à son perfectionnement en montrant ses défauts et en signalant les retouches qui semblent nécessaires ? » (Pochon)

Les imperfections et même les dangers de la colonie familiale d'aliénés dépendent de causes variées. Celles-ci résultent du mode d'assistance, des malades, de leurs familles, de l'organisation de la colonie et des nourriciers. En étudiant ces causes, nous indiquerons les remèdes qui peuvent, sinon les faire disparaître, tout au moins les réduire dans les grandes proportions.

Tout d'abord nous nous occuperons des inconvénients qui résultent du principe même de l'assistance familiale. Suivant l'expression du docteur Lwoff, l'existence de l'aliéné à la colonie se résume ainsi : « Vie libre, mais soumise à une surveillance médicale. » Les accidents qui

résultent de cette liberté sont les suicides, les évasions, les fugues.

L'assistance familiale n'est pas organisée pour garder les aliénés qui ont des idées de suicide très actives. Celles-ci sont sous la dépendance directe de l'état d'émotivité. Elles apparaissent fréquentes surtout dans la mélancolie, où des émotions tenaces, à caractère sombre, torturent le sujet, où la conscience toute entière est remplie par l'idée de douleur.

Les tentatives de suicide sérieuses et qui mettent la vie du malade en danger sont beaucoup plus rares ; elles sont sous la dépendance directe de la volonté, presque toujours pervertie chez les aliénés. La constatation d'une idée de suicide chez un malade ne doit pas *a priori* faire naître la conviction qu'il court un danger immédiat, ni qu'il faille le réintégrer dans un asile fermé. S'il est des cas où la surveillance la plus rigoureuse est indispensable et où l'internement rend les plus grands services, il en est d'autres où il peut être néfaste, dans la confusion mentale, par exemple, et d'autres, enfin, où il n'est pas nécessaire. Nombreux sont les aliénés à idées de suicide qui, dans les asiles, ne demandent pas une surveillance spéciale, que, du reste, il serait difficile de leur donner, et nombreux encore sont les chroniques manifestant toujours des idées de suicide qui peuvent sans inconvénient jouir d'une liberté relative dans les colonies familiales.

A Dun et à Ainay, tout malade qui arrive avec le ferme dessein d'attenter à ses jours, peut aisément réaliser son projet, si étroite que soit la vigilance de la nourricière. Si dévouée soit-elle, il arrive un moment où, occupée de son ménage, de ses enfants, elle perdra de vue le pen-

commissaire confié à sa garde. Hanté par l'idée de la mort, le malade n'a que l'embarras du choix, rivière, canal, chemin de fer, guêles, automobiles, couramment recommandés. Ces accidents sont cependant fort rares. A Paris, en particulier, dans la période de 1893 à 1914, il n'y a eu que 13 cas, pour une population qui ne lui que renouvèle politiquement à 8 ou 9 fois par an. On s'en amuse, l'ordonnant ou pour l'insultant par un élite et et des malades dans les salles, par une foule d'élites des élections qui se présentent dans leur placement, et la réintégration dans un ordre normal lorsque les idées de suicide paraissent pas trop actives.

Pour ce qui concerne les évasions, il faut distinguer d'abord les vols volés, ceux qui s'échappent de leur placement naturel libre, ou qui le font. A cause de la liberté, qui est la même nature de l'existence humaine, le malade ne pourra s'échapper au profit d'une personnalité, ou le malade ne pourra pas. Mais en cas d'évasion accidentelle, il est quelque fois difficile de faire aboutir les recherches, et l'individu est capable de s'arrêter et de poursuivre son projet. Il s'échappera sans peine aux agents de la justice. Le passage du chemin de fer dans tous les points naturels de la région donne la plus grande facilité de s'arrêter aux personnes qui ont de l'argent. Mais l'évasion de semblables malades, toute regrettable qu'elle soit, n'est pas grave : les agents sont généralement très habiles et leur évasion ne sera dangereuse ni pour eux, ni pour la société.

A côté de ces vols évasions se placent les larcins qui sont de nature pénologique. Elles peuvent être préven-

ter des conséquences graves, qui sont peu à redouter des vrais évadés.

Enfin un assez grand nombre de pensionnaires, n'ayant pas l'idée de fuir, n'étant pas poussés par une idée délirante, sans accidents pathologiques spéciaux, s'égarèrent et ne retrouvent plus leur chemin : ce sont, en général, les imbéciles, les déments. Dans son rapport de 1908, le docteur Pochon disait : « Les imbéciles, et aussi quelques déments séniles sont un de nos gros soucis, parcequ'ils se perdent facilement ; les pires catastrophes sont à redouter.

Les imperfections peuvent résulter des malades eux-mêmes, par le fait propre de leur maladie. Nous voulons parler des aliénés infirmes ou trop âgés, des malpropres et gâteux, dont l'état nécessite des soins permanents, qu'on ne pourrait leur procurer facilement dans un placement familial. D'ailleurs ils n'ont que faire de la liberté, étant incapables d'en user. Il y a bien à Dun un pavillon spécial où on hospitalise les malades devenues gâteuses et où elles trouvent tous les soins appropriés, mais le nombre des lits y est restreint.

Certains aliénés dont l'aspect ou la tenue sont ridicules ou choquants donnent lieu à de petits incidents, moqueries de la part surtout des enfants du pays, et peuvent jeter le discrédit sur le système familial, surtout chez les étrangers au pays. Cela doit être évité et l'est par un choix judicieux des malades, au besoin par la réintégration en asile fermé.

Les délirants, les méchants, les dangereux, donnent des ennuis par les réactions qu'ils présentent : aussi faut-il exercer sur eux une surveillance assidue. Là encore un choix rigoureux à l'asile, l'observation de leurs réactions

dès leur arrivée à la Colonie, remédient à cet inconvénient. Quand le placement familial ne paraît pas susceptible de leur convenir, la réintégration s'impose.

Les épileptiques, les paralytiques généraux sont des malades pouvant donner lieu à bien des inconvénients à la Colonie, les uns par leurs crises impressionnantes, par leur état psychique, l'irritabilité étant souvent la note dominante de leur caractère, les autres par les obsessions, les impulsions qu'ils peuvent présenter.

Parmi les inconvénients, ou, pour mieux dire, parmi les dangers résultant d'un choix incomplet, il faut compter les accidents graves résultant d'une maladie contagieuse transmise par un pensionnaire à ses nourriciers ou aux enfants des nourriciers. Il n'est pas impossible qu'une syphilis de date ancienne, passée inaperçue, ne se transmette à un membre de la famille par l'intermédiaire d'ustensiles de table, d'objets communs, du baiser chez les enfants. L'examen physique aussi complet que possible de tous les nouveaux arrivants à la Colonie familiale s'impose donc.

Du fait même du principe de l'assistance familiale, la liberté, et des malades eux-mêmes, de gros inconvénients peuvent surgir et existent réellement. Les alcooliques, souvent très bons travailleurs, sont de ceux auxquels l'assistance familiale peut être nuisible à cause de leur indocilité et, par suite, de la difficulté d'une surveillance assez assidue pour les empêcher de se livrer à leur penchant ; ils sont susceptibles de créer des incidents graves. La surveillance la plus rigoureuse ne les empêche pas de se procurer de l'alcool lorsqu'ils en ont le désir et que leur travail leur procure quelque argent. On sait, du

reste, que dans les asiles fermés, les établissements les mieux tenus, les cas d'ivresse ne sont pas rares. Dans l'état de liberté qui est le régime de la Colonie, l'alcoolique peut facilement satisfaire sa passion. Il est inutile d'espérer que les marchands de vin ne s'y prêteront pas. Un débitant de Dun, n'a-t-il pas répondu : « Peu m'importe que ce soit un malade qui m'achète de la boisson, pourvu que je sois payé. » Il faudrait donc que les aliénés ne puissent jamais avoir de l'argent. Or, ils arrivent facilement à s'en procurer, soit en travaillant, et dans ce cas ils sont payés directement par ceux qui les emploient, ou bien encore quelquefois ils vendent à vil prix les fournitures données par l'administration, étoffes, fils, aiguilles, menues pièces de vêtement, pour les femmes, tabac, pour les hommes, voire même médicaments. De plus, un certain nombre de malades reçoivent directement de l'argent de leur famille.

Voici le système employé à Dun pour restreindre la consommation de l'alcool chez les sujets qui, sortis des asiles, se remettent à boire :

Lorsqu'une malade reprend ses habitudes d'alcoolisme, elle est surveillée ; on réussira toujours à découvrir le marchand de vins qui vend l'alcool à la malade, d'ordinaire du rhum ou de l'eau-de-vie. La pensionnaire est retirée de son placement, et envoyée dans une annexe à la campagne, où n'existe pas de marchands, si possible, ou, s'il y a lieu, réintégrée dans un asile fermé ; elle est, en tous cas, soumise à un contrôle actif. La nourricière ne manque pas généralement de se plaindre, et vient réclamer au centre de la Colonie une autre pensionnaire. A cette demande il lui est répondu : « Vous devez em-

pêcher votre malade de boire, et, dans tous les cas nous prévenir immédiatement du retour de ses mauvaises habitudes. D'un autre côté, si votre pensionnaire a été retirée, c'est la faute de M. X..., marchand de vins. S'il n'avait pas vendu de l'alcool à une malade, vous auriez encore chez vous cette femme, à laquelle vous teniez. Vous n'aurez pas d'autre malade avant longtemps, à moins que M. X..., ne s'engage pas écrit à ne plus vendre d'alcool à nos pensionnaires.

Le marchand de vins à qui plusieurs fois cette aventure sera arrivée, se tient sur ses gardes, d'autant plus que la nourricière ne se contentera pas d'ordinaire de l'injurier, mais lui retirera sa clientèle la plupart du temps ; par ses récriminations et ses plaintes chez les voisins, elle contribue à lui faire du tort auprès des autres nourriciers. Les débitants s'aperçoivent, avec ce système, qu'ils perdent plus qu'ils ne gagnent à vendre des boissons alcooliques aux malades de la Colonie. Certains d'entre eux ont adopté une autre méthode : ils mélangent d'eau, dans une forte proportion, le rhum ou l'eau-de-vie qu'ils vendent aux aliénés ; ainsi coupé l'alcool est moins dangereux, et la fraude, en définitive, est profitable au malade, qui, s'il n'en a pas pour son argent, s'intoxique moins rapidement. Lorsque toutes les recommandations sont inutiles, le retour dans un asile fermé est nécessaire, dans l'intérêt même de la malade ; c'est le seul moyen de lui éviter toute une série de rechutes. La Colonie présente donc d'assez sérieux inconvénients pour les buveurs et les dipsomanes.

Les malades présentant des réactions génitales peuvent donner lieu à des incidents de toute sorte, si on n'y

prête pas suffisamment attention. En voici un exemple :

« En 1907, entré à la Colonie de Dun, pour y rendre quelques services, par transfert de l'asile de V..., le malade D..., âgé de 43 ans, atteint, d'après le certificat du docteur Truelle, de dégénérescence mentale avec léger affaiblissement des facultés intellectuelles, irritabilité mentale ; nécessité d'une direction. « Le 30 juin, 1910, ce malade, à allures douces et obséquieuses, duquel ses nourriciers n'avaient jamais eu à faire que des éloges, est surpris cherchant à entraîner un enfant de 15 ans dans l'escalier d'une cave. Malgré ses dénégations et son indignation affectée, D... a été immédiatement réintégré à l'asile de B... avec le certificat suivant : « Est atteint de dégénérescence mentale avec affaiblissement des facultés intellectuelles. Ce malade, manifestant des impulsions érotiques, ne peut être maintenu sans danger à la Colonie familiale. Il est nécessaire de le transférer d'urgence à l'asile de B... »

Quelque temps après l'entrée du malade à B..., le directeur de l'asile, se laissait influencer par les allures hypocrites et doucereuses de D... et son attitude calme, l'autorisait à sortir dans la ville s'appuyant sur ce fait que le malade avait vécu en liberté dans les colonies pendant quatre années. C'était un dimanche, en ville, D... rencontre un jeune garçon de 14 ans, dans une rue écartée ; il l'entraîne dans le corridor d'une maison inhabitée et se livre sur lui à des violences telles que l'enfant meurt quelques jours après des suites de l'attentat. Poursuites de la famille contre le Directeur de l'asile et le Préfet, condamnation après un grave scandale dans la région.

On voit donc que, grâce à la connaissance exacte du malade, et à la décision rapide de la réintégration dans un asile fermé, le directeur avait pu éviter que cette pénible affaire n'eut lieu à la Colonie.

On comprend aussi quels inconvénients peuvent présenter des malades exhibitionistes (paralytiques généraux), masturbateurs, homosexuels. En général, ces individus, vite connus sont réintégrés dans les asiles.

Dans les Colonies, en France, il n'a jamais été signalé d'incendies ; à Ainay un malade fut assassiné par son camarade de chambre, sans que le délire du malade eut pu faire prévoir cet événement. C'est le seul crime commis par un aliéné depuis l'existence des colonies. A Gheel un bourgmestre fut assassiné autrefois par un aliéné. Dans cette colonie belge on a eu à constater quelques cas de grossesse. A Dun, cet accident a été signalé une fois : une imbécile gardant une vache dans un champ voisin de son placement, à la campagne, fut mise enceinte, probablement par un chemineau. La chose fut vite découverte, grâce au registre des règles, sur lequel sont notées mensuellement la date des époques de toutes les malades encore sujettes aux menstrues.

Plus fréquents sont d'autres incidents qui donnent lieu à des difficultés avec les habitants. Au début du fonctionnement de la Colonie, les propriétaires se plaignaient si des malades passaient dans leurs champs, s'asseyaient sur l'herbe ou cueillaient des fleurs. Ils obligeaient même le garde-champêtre à dresser procès-verbal. Le docteur Marie avait trouvé ce moyen ingénieux d'éviter ces ennuis. Après avoir payé, au début, les indemnités réclamées, puis fait payer les nourriciers, coupables de n'avoir pas

su empêcher le délit, il a adopté la méthode chinoise qui consiste à punir ou à récompenser le gendarme, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas de délit. Si donc les gardes arrivent, par un redoublement de surveillance, à ce qu'il n'y ait pas de contravention, ils passent à la caisse à la fin de l'année et touchent une prime. Si l'un d'eux laisse commettre un délit, les frais causés par le malade sont payés par la Colonie, mais le garde ne reçoit pas de gratification. La méthode est excellente, et son application évite bien des histoires.

Elle ne les supprime pas toutes. C'est ainsi qu'en 1908, parmi plusieurs incidents, nous relevons celui-ci : G. Céline, âgée de 62 ans, est à la Colonie depuis le 31 mars 1904. Elle vient de l'asile de Pont-l'Abbé-Picauville, où elle était internée depuis 1890, avec le certificat suivant : « Délire de persécution, avec hallucinations multiples et troubles de la sensibilité générale. » Cette malade, très incohérente et désorientée ne parle le plus souvent que par néologismes. Elle était tranquille depuis son arrivée à la Colonie, quittant rarement la maison de ses nourriciers. Sortant des bains, un jour de septembre 1908, vers 11 heures du matin, elle entre dans un jardin et cueille des poires qu'elle entasse dans un panier. La propriétaire accourt ; c'était une femme âgée. Elle essaye de s'opposer au larcin. La malade la renverse, la frappe assez violemment, il en résulte une entorse du genou, avec hémartrose. Les parents de la blessée et la blessée elle-même ont été très modérés dans leurs réclamations, et ne voulaient pas porter plainte, de peur de nuire à la nourricière, leur voisine. La malade a été réintégrée à l'infirmerie et la nourricière qui ne l'avait pas

surveillée a été blâmée. D'après le règlement elle aurait dû payer les frais de médecin et de pharmacien ; comme elle était très pauvre, la direction de la Colonie prit à sa charge les soins nécessités par l'état de la blessée, qui, du reste, n'a rien gardé de son accident.

On veille à ce que les habitants du pays ne soient pas importunés par les malades. Toute plainte, même peu justifiée, concernant une pensionnaire, entraîne immédiatement le retrait de celle-ci, au moins pour quelques jours. C'est à la nourricière d'éviter les incidents. On arrive ainsi à ne pas mêler les malades aux querelles de voisinage et aux haines politiques si nombreuses dans les petits pays.

Tous les incidents qui se produisent à la Colonie ne sont pas toujours sérieux, mais ils sont fréquents. Un jour une aliénée qui se figure posséder tous les immeubles de Dun arrache les affiches de ventes de maisons, que le notaire fait poser. Un autre jour le curé vient se plaindre qu'une pensionnaire prend à l'église la place d'une dame du pays, un malade d'Ainay, possédant une bonne culture intellectuelle, faisait des discours véhéments, etc.

Une malade de Dun, malgré un embonpoint prononcé et placée dans une famille, se rend tous les matins au lever du jour à une ferme voisine, dont elle se dit propriétaire, gourmande le personnel que ne se lève pas assez tôt, presse les valets de se rendre rapidement à leurs travaux, veille à ce que les bêtes soient soignées, etc., et tout cela avec à-propos ; et malgré ses conversations décousues et incohérentes. Le fermier, qui trouve en elle une aide précieuse, douce et complaisante, laisse faire

et s'en trouve assez bien, assez consciencieux cependant pour rétribuer son intendante bénévole par des suppléments de nourriture et par quelques sous. Tombée malade et soignée pendant quelque temps à l'infirmerie, une fois guérie elle s'installe d'office aide de cuisine et trouve là l'emploi de son activité. Lorsque elle est morte, il y a peu, cette brave femme n'a laissé que des regrets autour d'elle, bien vue et bien traitée qu'elle était par tout le personnel, pour qui elle était « ma tante ».

A la Colonie, plus encore qu'à l'asile, les familles contrarient quelquefois l'œuvre du médecin et on peut leur imputer certains inconvénients. Souvent les parents, et malgré le règlement, écrivent directement au nourricier, pour avoir des nouvelles de leur malade. Cette absence de contrôle de la correspondance est une des imperfections du système familial. Il arrive qu'un aliéné tranquille est ému par la nouvelle trop brutalement annoncée de la mort d'un de ses parents et fait une période de trouble mélancolique.

Il arrive encore que des plaintes mal fondées d'un pensionnaire dans une lettre aux siens, sont retournées par la famille sous formes d'injures aux nourriciers, qui rendent ensuite la malade responsable de la sottise des siens. D'autres fois aussi des parents bien intentionnés envoient directement de l'argent à leur parent, ce qui permet les excès de boisson et facilite les évasions.

Les familles sont obligées de s'adresser à la Colonie pour obtenir des renseignements sur l'état de ceux-ci, souvent pour se renseigner sur l'itinéraire le plus direct et surtout pour obtenir des billets à prix réduit, soit demi-place, que les compagnies de chemins de fer accor-

dent sur vue d'un certificat de séjour à la Colonie d'un parent. Mais les visites ne peuvent pas aussi strictement être surveillées qu'à l'asile. Par leurs conversations imprudentes, ou même leurs disputes, certains viennent troubler chez ses nourriciers un malade jusque-là tranquille et rompre l'harmonie d'un placement bien ordonné. Le docteur Marie rapporte que la fille d'une pensionnaire fit aux nourriciers gardant sa mère un tel tableau des périls qu'ils couraient en gardant chez eux une malade aussi dangereuse, que les nourriciers effrayés rendaient aussitôt la pensionnaire à la Colonie. Les exemples si fréquents chez les parents d'aliénés de manque de jugement, d'instabilité d'humeur et de sottise, sont un des meilleurs arguments à invoquer contre le principe de l'assistance directe dans la famille du malade.

Une imperfection qu'il nous faut signaler, inhérente celle-là à l'éloignement relatif des Colonies du pays de chaque malade est qu'elle prive certains pensionnaires de la visite de leurs parents, à cause des difficultés et de la longueur du trajet pour se rendre à Dun ou à Ainay. C'est une des raisons qui doit guider dans le choix des pensionnaires et faire désigner de préférence pour le placement familial les aliénés dépourvus de famille ou peu visités par celle-ci à l'asile.

Quelques imperfections sont imputables à l'organisation même des Colonies. Par l'étude que nous avons faite jusqu'ici du placement familial, on peut se rendre compte que le rôle du médecin est très complexe. Il faut non seulement qu'il connaisse bien ses malades, mais surtout qu'il les protège contre l'exploitation possible du nourricier. De là l'obligation pour lui de faire des visi-

tes fréquentes dans les placements. De là aussi le principal inconvénient d'une vaste colonie, à cause de la dissémination, de l'éloignement des pensionnaires du centre, c'est-à-dire des médecins. Le nombre des malades confiés à un seul médecin ne doit pas être plus élevé ici que dans un asile ; c'est pourquoi la Colonie étant divisée en plusieurs centres médicaux, chacun d'eux sera confié à un seul médecin traitant, qui pourra ainsi connaître à fond la vie de ses malades et exercer sur eux et sur les nourriciers une surveillance assidue et efficace. Puisque les portes des infirmiers sont ouvertes, et le no-restreint absolu, le médecin sera contraint à une présence presque continuelle, ne fut-ce que pour maintenir son ascendant moral, qui est le seul moyen dont il dispose. Cette influence ne peut être efficace que si le médecin connaît parfaitement l'état mental du malade, son caractère, ses goûts, ses habitudes, voire ses affaires de famille, ses sympathies et ses peines. Pour chacun d'eux il doit savoir comment se manifestent les troubles intellectuels, comment se produit l'accès délirant et quels sont les caractéristiques de cet accès. « Le propre de la folie dit Lwoff, c'est de ne pas pouvoir se juger, se contrôler et se retenir soi-même. » A ce manque de jugement, de volonté et de contrôle, le médecin doit suppléer par son intervention constante.

C'est donc une erreur de croire que le nombre des malades confiés à un seul médecin peut être élevé à la Colonie parce que les assistés dans les familles sont pour la plupart des aliénés chroniques. « Dans toute affection mentale, même chronique, même incurable, il y a des variations qui font que l'aliéniste ne peut pas perdre de

vue son malade, surtout s'il veut que celui-ci puisse vivre en liberté sans être un élément de désordre. » C'est pourquoi la liberté presque absolue dont jouissent les assistés en Colonie familiale doit être sérieusement contrôlée.

On a dit qu'à la Colonie ce sont les nourriciers et la population tout entière qui jouent le rôle de surveillants. Sans doute ; mais ils sont très intéressés à cacher les faits qui peuvent être la cause de la réintégration d'un malade à l'infirmerie. Ils tirent un bénéfice du séjour des malades chez eux ; par suite le retrait d'un de ces malades, pour une cause quelconque, est pour eux une perte de gain. Le docteur Truelle dit fort justement : « L'intérêt du nourricier fait trop souvent tort à son humanité. » Le médecin est donc obligé à une surveillance active et continue. A Dun, par exemple, pour que chaque malade soit visité une fois par semaine, il faut que le médecin fasse une tournée quotidienne de 20 à 25 visites. Sans doute les surveillants passent régulièrement dans chaque placement, et, à l'occasion du moindre incident ils y retournent, mais le médecin est le seul qui présente l'autorité nécessaire pour faire exécuter les mesures d'hygiène si difficiles à obtenir des paysans.

Parmi les inconvénients de la Colonie, il faut encore compter l'obligation de ne laisser séjourner les malades troublés, agités, dans les infirmeries de la Colonie que trop peu de temps ; celles-ci, en effet, ne sont pas disposées pour éviter les accidents qui peuvent être causés par des aliénés dont le délire persiste très actif pendant plusieurs mois. De là l'obligation de réintégrer chaque année dans un asile fermé un certain nombre de malades. Ces réintégrations ne sont, en général, décidées

qu'après plusieurs essais de conciliation et plusieurs mutations de placement. Lorsque toutes les tentatives restent infructueuses, l'aliéné est retenu à l'infirmerie, et si la crise se prolonge, il est dirigé sur un asile.

Le système belge comprend l'installation, au centre de la Colonie, d'un véritable petit asile fermé. Le médecin peut ainsi maintenir, sans craintes d'accidents, jusqu'au moment favorable pour les replacer dans les familles, les délirants aigus et les agités. A Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château, rien de semblable.

En France, comme d'ailleurs dans les autres pays, on a fait aux colonies d'aliénés un reproche d'ordre économique, qui paraît être le principal grief des adversaires de l'assistance familiale. Elle fait sortir, a-t-on dit, les travailleurs. Ces malades, en effet, ne trouvant pas toujours à s'occuper dans les petits pays où ils sont envoyés.

Il résulte de là une perte pour le budget de l'asile :

1° A cause de la diminution des bénéfices à tirer du travail des aliénés.

2° A cause de l'obligation de remplacer les malades par des ouvriers du dehors.

En ce qui concerne les bonnes ouvrières lingères enlevées aux asiles pour être placées à Dun, il y aurait une solution proposée par le docteur Rodiet : « Pourquoi, dit-il, la confection de certaines pièces de lingerie destinées aux malades des asiles ne serait-elle pas confiée aux pensionnaires de la Colonie, sous le contrôle de la surveillante du vestiaire ? Tout le monde y trouverait son compte : les malades qui pourraient travailler toucheraient ainsi un petit pécule, les asiles paieraient moins cher qu'aux ouvrières du dehors ou aux fournisseurs qui

servent d'intermédiaires, les chemises, jupons, mouchoirs, etc. Les services rendus par les malades seraient donc les mêmes à la colonie qu'à l'asile. »

Dans le système du placement familial, on admet que la nourricière est garde-malade ; c'est parfois une infirmière bien inférieure à son rôle. Les deux difficultés du placement des aliénés dans les familles sont, d'une part, à l'asile le choix des malades, d'autre part, à la colonie l'association des caractères du malade, de son compagnon de chambre et de la nourricière.

Le pensionnaire ne peut s'améliorer à la colonie qu'à la condition d'être heureux et de vivre en paix dans la maison où il a été placé. Il faut que la nourricière soit capable de s'attacher et de se dévouer à ces malades d'ordre spécial que sont les aliénés. Si en même temps qu'elle est bonne et douce, la nourricière est patiente et ferme, elle deviendra, si on l'instruit, si on lui donne les conseils indispensables, une excellente garde-malade. Ces aptitudes naturelles à soigner les aliénés sont moins rares qu'on ne pense. Le docteur Marie l'avait déjà constaté. Nous avons cité plus haut un cas d'attachement ; ils sont d'ailleurs très nombreux.

Si le type de la bonne nourricière est la majorité, on trouve aussi, et c'est un des plus sérieux inconvénients de la colonie, des femmes maladroites et stupides qui, tels les mauvais infirmiers des asiles, irritent le malade en discutant avec lui, en essayant de le convaincre de l'absurdité de son délire. D'autres encore accordent la plus absolue confiance aux idées de l'aliéné qui leur est confié et croient à la réalité de ses hallucinations. D'autres enfin n'ont qu'un but, réaliser le plus de bénéfices

possible sur la nourriture et le bien-être de leurs pensionnaires. Nous n'en citerons qu'un exemple, d'après le Médecin-directeur de la Colonie de Dun.

Aux Cheineaux, petit hameau à 5 kil. de Dun, les malades demandent une tasse de lait chaque matin. Au médecin qui présente cette demande, la nourricière répond, dans le jargon du pays : « Mon bon Monsieur, j'ons point de vache. Pour vous satisfaire, je pouvons point tirer le lait de notre bourrique. » On eut toutes les peines du monde à obtenir d'elle qu'elle acheta deux sous de lait par jour chez le voisin pour satisfaire ses malades. En présence de son entêtement, de sa sottise et de son avarice, on aurait retiré les pensionnaires si, attachées à la maison qu'elles habitaient depuis six ans, elles avaient voulu la quitter ; il aurait fallu les enlever de force. On dut attendre la mort de la nourricière pour supprimer le placement. Le docteur Truelle a bien défini les mauvais nourriciers en disant « qu'avant d'être les auxiliaires du médecin, ils étaient les ennemis du malade. »

Pour obvier aux inconvénients que présentent les mauvais placements, on a adopté la règle de ne jamais confier aux nourriciers suspects les malades inconscients. Cette méthode permet de donner à une nourricière médiocre des pensionnaires qu'elle réclame avec insistance, en faisant appuyer sa demande par le député, le maire, etc. Elle favorise aussi les mutations fréquentes parmi toute la série des persécutés qui demandent constamment à changer de milieu. Ceux-là savent se faire servir, et le nourricier qui a successivement hébergé des pensionnaires difficiles et exigeants se conforme ensuite au règlement, car s'il ne parvient pas à contenter les mala-

des, sa chambre restera inoccupée et son placement vacant. On arrive plus facilement à améliorer la situation des malades par cette mesure que par le raisonnement.

La visite faite par le médecin ou un surveillant plusieurs fois à l'heure des repas pour constater le menu servi aux pensionnaires est une première leçon indispensable. Dans le cas où l'observation faite n'est pas écoutée, elle est suivie du retrait des malades. Les nourriciers sont très sensibles à cette mesure ; c'est une humiliation en même temps qu'une perte de gain. Quand plus tard ils demandent de nouveaux pensionnaires, ils sont mieux disposés à appliquer le règlement.

Une surveillance constante est nécessaire pour le linge et la literie des pensionnaires. Toutes les observations faites au cours des visites sont inscrites d'une façon sommaire sur le livret du nourricier, et ces notes sont consultées pour la distribution des primes à la fin de l'année, car il ne faut pas perdre de vue que, pour les nourriciers, la question d'argent est toujours la plus intéressante.

Cette attribution des primes n'est pas toujours facile. Le docteur Truelle a dit avec raison que les nourriciers, « esprits peu complexes, ont un sentiment fruste d'une justice grossièrement égalitaire et ne comprennent pas quand leur intérêt est en jeu, que le mérite du voisin soit récompensé.

Pour apprécier la valeur d'un placement, il faut considérer non seulement la propreté du logis, la literie, la qualité de l'alimentation, l'intelligence et la bonté de la nourricière, mais surtout l'état mental des pensionnaires, car il est de toute évidence que le mérite est d'au-

tant plus grand que les malades sont plus difficiles à satisfaire. Dans certains placements, les pensionnaires font la chambre, lavent, nettoient, veillent à l'entretien de leur linge et même aident la maîtresse de maison à préparer les repas et à habiller les enfants. La nourricière qui, à la fin du mois touche une pension, n'a pas eu trop de peine, en dehors des frais de l'alimentation. Bien différente est celle qui est obligée d'habiller ses malades, de les débarbouiller, de les peigner, de les faire manger et de veiller sur chacun de leurs actes ; elle se trouve astreinte à une besogne délicate et pénible.

Actuellement, pour la distribution des primes, les nourriciers sont divisés en quatre catégories :

1° Ceux qui soignent des malades malpropres ou difficiles ;

2° Ceux qui gardent des pensionnaires depuis longtemps et leur donnent des soins satisfaisants ;

3° Ceux qui n'ont jamais mérité aucun reproche, mais chez lesquels sont placés des malades faciles, qui veillent elles-mêmes à la tenue de leur chambre ;

4° Ceux qui ont encouru des reproches, à la suite d'une évasion, de plaintes justifiées des malades, de négligence dans la tenue des pensionnaires, etc.

D'autre part, il est fait état des malheurs survenant aux nourriciers eux-mêmes (chômages, maladies, pertes pécuniaires, etc.)

Les primes ne sont pas le seul moyen de récompense ; une autre méthode est de veiller plus spécialement au choix des malades qui sont confiés aux nourriciers.

Si la nourriture et les soins donnés ne sont pas toujours, dans quelques placements, ce qu'ils devraient

être, il faut convenir que dans d'autres c'est le local qui est insuffisant ou mal disposé. Or la plupart des habitants sont locataires de leur immeuble, et le propriétaire ne consent pas toujours à faire les réparations demandées. Le retrait des malades est quelque fois nécessaire, mais il ne faut pas oublier qu'on doit tenir compte au nourricier de l'avance qu'il a faite pour louer un logement ayant une pièce de plus qu'il ne lui est nécessaire, afin de pouvoir loger des pensionnaires, pour acheter la literie, les meubles, etc. Il y aurait certainement un moyen de donner plus de liberté au Directeur, si, comme à Gheel, le mobilier du placement était fourni par l'administration. On arriverait ainsi à supprimer toutes les installations médiocres qui, il faut bien le dire, sont de plus en plus rares.

DU CHOIX DES MALADES APTES A VIVRE EN COLONIE FAMILIALE

De toutes les imperfections, de tous les inconvénients que nous venons de passer en revue, beaucoup peuvent être atténués, et le sont effectivement par des mesures que nous avons indiquées ; mais l'écueil le plus dangereux, celui contre lequel il faudra toujours être en garde, c'est le malade lui-même. Nous avons décrit ce qu'était l'existence de l'aliéné à la Colonie, et nous ne saurions insister sur ce sujet ; mais ce que nous voulons montrer c'est que la liberté même, qui est le principe de l'assistance familiale est la raison qui doit entraîner un choix judicieux des sujets appelés à vivre dans les familles. Il est, en effet, de toute évidence qu'il importe de savoir comment se comportera ce sujet qui, à l'asile, paraît tranquille, en menant une existence un peu automatique, mais qui fut jugé dangereux et inapte à la vie libre, puisqu'il a fallu l'interner, quelle sera son attitude lorsque, toute contrainte ayant disparu, il sera dans un milieu nouveau.

Le meilleur juge de la sortie, c'est le médecin traitant, qui, grâce à une longue observation, connaît parfaitement les malades confiés à ses soins. Nous disons une longue observation, car elle seule permet une apprécia-

tion exacte de l'état mental de l'aliéné (étude des symptômes, réactions, évolution).

Dans les asiles, quel que soit le niveau intellectuel et l'état mental du malade, il est réduit à sa seule personnalité organique ; il n'a même plus le droit de manifester son individualité par ses goûts.

A la Colonie, le pensionnaire renonce, il est vrai, à quelques-uns de ses droits sociaux ; mais sa vie est libre, il peut quitter une maison qui lui déplaît pour une autre de son choix, il prend contact avec des êtres qui lui conviennent, et son séjour dans le milieu familial ne devient impossible que lorsque le manque de sociabilité, les perversions instinctives et ses idées délirantes empêchent son adaptation à ce nouveau milieu.

Ces considérations font comprendre que la véritable sélection doit se faire par l'observation. Avant de laisser un aliéné en liberté, il faut connaître sa personnalité organique avec ses extériorisations, ses tendances sociales, son délire, la manière dont il agit et réagit, la façon dont se combinent, s'amalgament ses idées délirantes avec les manifestations de sa vie extérieure.

A côté du médecin traitant doit se placer le médecin de la Colonie, car celui-ci connaît mieux les conditions dans lesquelles va vivre le nouveau pensionnaire. D'autre part, il assume la responsabilité des malades destinés à vivre en liberté. Il est donc intéressé à faire une sélection aussi scrupuleuse que possible, car aucune réparation d'erreur n'est possible. Ces erreurs sont des plus difficiles à éviter, parce que l'asile impose une discipline qui empêche la manifestation de beaucoup de réactions morbides symptomatiques du délire latent des idées ou

des actes. La conséquence est que par suite de l'absence que nous avons signalée d'un petit centre de psychiatrie à la Colonie, un certain nombre d'aliénés ne quittent pas les asiles, et que pour eux aucun essai de placement familial ne peut être tenté. »

Il semblerait que depuis la fondation des Colonies familiales en France, depuis 28 ans, l'expérience ait fait connaître quelles étaient les affections mentales compatibles avec la vie familiale. Le docteur Truelle disait avec raison : « Il n'y a pas de maladie mentale qui soit exclusive de la Colonie familiale ; il y a seulement des malades qui en sont exclusifs. »

Si nous considérons, en-effet, les statistiques suivantes qui donnent le diagnostic des entrées en 1907 et 1919 à Dun, et des malades traités en 1907 et 1918 à Ainay, nous voyons que la plupart des formes cliniques des maladies mentales sont représentées dans les colonies :

Diagnostic des malades entrés en 1907 à la colonie de Dun

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Mélancolie	»	6	»	6
Délire mélancolique	»	4	»	4
Délire systématisé avec troubles sensoriels	»	12	»	12
Délire systématisé avec peu ou sans trouble sensoriels	»	7	»	7
Dégénérescence mentale avec troubles sensoriels et délire non systématisé	»	5	»	5
Dégénérescences mentales avec perversions instinctives	»	1	»	1
	—	—	—	—
A reporter.....		35		35

	Hommes Femmes Enfants			Total
Report.....	35			35
Débilité mentale avec délire plus ou moins systématisé et troubles sensoriels	1	14	»	15
Débilité mentale sans troubles sensoriels	»	10	»	10
Débilité mentale simple	2	9	2	13
Débilité mentale et névrose	»	4	»	4
Démence vésanique avec troubles sensoriels et délire persistant	»	17	»	17
Démence vésanique simple	»	3	»	3
Démence sénile avec délire plus ou moins systématisé et troubles sensoriels	»	23	»	23
Démence sénile avec délire plus ou moins systématisé et peu ou pas de troubles sensoriels	»	4	»	4
Démence sénile avec dépression mélancolique	»	13	»	13
Démence sénile sans délire apparent..	»	13	»	13
Imbécillité	1	11	4	16
Idiotie	»	2	»	2
Démence organique	»	13	»	13
Alcoolisme chronique	»	5	»	5
Paralysie générale	»	10	»	10
TOTAUX.....	4	186	6	196

Diagnostic des malades entrés à la colonie de Dun en 1919

Dépression mélancolique	8
Délire de persécution systématisé avec troubles sensoriels	15
Dégénérescence mentale	14
Démence vésanique	7
Psychoses hallucinatoires	5
A reporter.....	49

Report.....	49
Débilité mentale	32
Démence sénile	3
Imbécilité	18
Affaiblissement intellectuel avec troubles délirants.....	33
Excitation maniaque	1
Alcoolisme chronique	1
Déséquilibre psychique	1
Démence précoce	9
Manie chronique	1
Epilepsie	1
Folie intermittente	1
TOTAL.....	150

*Diagnostic de l'état mental des aliénés traités à Ainay
en 1907*

	Hommes	Femmes	Total
Alcoolisme	39	2	41
Délires systématisés	57	3	60
Débilité mentale	58	»	58
Démence vésanique	33	»	33
Démence oragnique	39	1	40
Démence précoce	9	»	9
Démence sénile	66	5	71
Epilepsie	21	»	21
Folie périodique	27	2	29
Idiotie	24	»	24
Imbécillité.....	80	»	80
Manie	10	1	11
Mélancolie	25	2	27
Paralyse générale	6	»	6
TOTAUX.....	494	16	510

*Diagnostic de l'état mental des aliénés traités à Ainay
en 1918*

	Hommes	Femmes	Total
Mélancolie	8	4	12
Folie périodique	3	»	3
Délire systématisé	33	2	35
Idiotie	15	»	15
Imbécillité.....	125	»	125
Débilité mentale (avec ou sans délire).....	119	4	123
Démence sénile	41	»	41
Démence organique	15	»	15
Démence vésanique (démence juvénile ou précoc)	32	»	32
Paralysie générale	6	»	6
Epilepsie	16	»	16
Hypochondrie	10	1	11
Alcolisme chronique	24	»	24
TOTAUX.....	447	11	458

On peut donc trouver dans toutes les catégories de maladies mentales des sujets susceptibles de s'adapter et de bénéficier du nouveau milieu que leur offre le placement familial.

Quelles sont donc les règles qui guideront dans le choix des malades ?

Tout d'abord, éliminer :

1° Les malades qui ne sont pas assez valides pour jouir de la liberté, se promener à leur guise, se livrer à des occupations qui les distraient, satisfaire seuls leurs besoins élémentaires ;

2° Ceux qui sont atteints d'affections contagieuses ;

3° Les sujets atteints d'une affection mentale ou organique nécessitant des soins continus (gâteux, épileptiques, malades en période aiguë de leur maladie) ;

4° Ceux qui sont habituellement agités et qui nécessitent une surveillance trop rigoureuse, dont l'excitation médullaire se transforme sans phrases, sans discours, en attouchements, exhibitions ou autres actes obscènes ;

5° Les malades dangereux, ceux qui présentent des idées actives de suicide, des aptitudes à s'évader ou d'instabilité incessante qui les expose à s'égarer ;

6° Les perversis instinctifs et moraux qui sont poussés au vol ou à l'érotisme et, d'une façon générale, aux délits et aux actes répréhensibles.

7° Les malades qui présentent des réactions susceptibles de choquer les convenances publiques.

Toutes ces restrictions qui, à première vue, paraissent limiter considérablement le choix, laissent encore, en réalité, une marge assez grande. Les catégories qui y sont indiquées ne comprennent, en réalité, que la minorité des aliénés.

Dans son rapport le docteur Ameline, directeur de la Colonie d'Ainay, dit : « L'aptitude de vivre en Colonie familiale est une question d'espèce ; le caractère, la manière d'être, les agissements dominent la question clinique, et le diagnostic est tout à fait secondaire dans la plupart des cas. Forcément donc le choix s'opère un peu à l'aveugle, et le seul moyen de remédier à cette situation est de procéder avec prudence. Il faut songer, en effet, que des pensionnaires de mauvaise tenue, grossiers, voleurs, découragent les nourriciers, causent à ceux-ci des difficultés avec les voisins, et finalement tout un coin du pays, dégoûté par une expérience malheureuse, ne fournira plus de demandes, et pourra devenir un jour par

esprit de jalousie un foyer d'hostilité contre la colonisation familiale, sans compter que ce sont ces mêmes malades dont la vie et la présence indispose contre le système, le public médical ou non.

Il est d'abord évident que, parmi les aliénés, peuvent seuls, jouir de l'assistance dans les familles ceux qui ne présentent qu'un minimum de danger social. L'organisation intérieure de la Colonie, une surveillance médicale active et continue suffisent en général, pour neutraliser ce minimum de danger qui existe toujours à l'état latent chez l'aliéné le plus calme et le plus facile à diriger.

Dans quel groupe ira-t-on chercher de préférence ces malades ? D'après le docteur Lwoff, il semble qu'en s'en tenant strictement aux nécessités de l'assistance familiale, on pourrait distinguer deux grandes catégories.

1° Les malades qui présentent des idées délirantes et des troubles sensoriels multiples, des délires systématisés de tout genre et qu'on peut considérer comme des symptômes et des syndromes se rattachant à des psychoses diverses aiguës ou chroniques, en voie d'évolution. Nous les désignerons sous le nom de délirants ;

2° Cette catégorie comprend tous les affaiblis intellectuels, que l'affaiblissement soit congénital, comme chez les idiots, les imbéciles et les dégénérés en général, ou bien qu'il soit acquis, sénilité, démence vésanique consécutive aux psychoses et aux intoxications diverses. Les idées délirantes et les troubles sensoriels se rencontrent sans doute très souvent dans ce groupe, mais il ne jouent là qu'un rôle tout-à-fait secondaire, et n'envahissent pas le champ de la conscience, ne forment pas le caractère

prédominant de la mentalité du malade, comme chez les délirants, et ne deviennent que rarement les causes déterminantes de leurs actes.

Au point de vue pratique, le seul intéressant ici, les délirants présentent deux groupes bien distincts :

1° Ceux dont le délire reste presque entièrement dans le domaine intellectuel ; 2° Ceux dont les idées délirantes se transforment plus ou moins en actes.

On sait que toute idée a une tendance à se transformer en acte, mais cette tendance est souvent très faible, et le mouvement qui lui succède est à peine ébauché, non perceptible. Aussi des idées multiples et variées peuvent germer dans le cerveau sans se manifester au dehors, alors qu'une seule peut, aussitôt conçue, donner lieu à une série d'actes. C'est là, au fond, ce qui distingue l'homme d'action du rêveur. On retrouve encore cette différence chez les aliénés. Un délire très actif, des idées délirantes multiples peuvent ne pas se faire jour au dehors entièrement ou bien avoir la parole pour unique manifestation extérieure.

Par contre, une seule conception délirante, ou un manque d'équilibre physique sans délire apparent peut donner lieu à une série d'actes déraisonnables et dangereux : c'est ce qu'on désigne sous le nom de délire des actes. Mais qu'il s'agisse d'un délire des actes type ou d'un trouble mental chez un malade très agissant, cherchant à appliquer dans la vie courante toutes ses conceptions délirantes, on se trouve en présence d'un aliéné qu'il serait impossible de placer dans une colonie familiale.

Pour les délirants, il n'y a qu'un critérium de capa-

séjour, et qui demandent à sortir. La famille, à ce moment, pourrait reprendre sa malade, mais quelquefois elle est trop pauvre pour entretenir l'être inutile et encombrant qu'on veut lui rendre, ou bien, si elle est assez riche pour le faire, elle ne se soucie pas d'accomplir ce devoir. La plupart de ces vieillards sont donc condamnés à être toute leur vie des prisonniers, parce qu'ils ne trouvent pas chez leurs proches l'appui nécessaire à leur faiblesse mentale. Telle est souvent la cause des encombrements des asiles d'aliénés. L'assistance dans une famille étrangère réalise donc pour eux un progrès, en leur assurant une vie plus heureuse.

Déments séniles, vieillards mentalement affaiblis et persécutés ne réagissant plus à leur délire seront donc les plus nombreux parmi les pensionnaires des colonies. Cependant si ces malades sont le fond même des assistés familiaux, il faut observer qu'ils ne sont pas tous susceptibles d'en faire partie.

Les démences, même séniles, justiciables de l'asile ou de la colonie d'aliénés, ont aussi leurs accidents, que le médecin doit surveiller, turbulence, malpropreté, désorientation, illusions, hallucinations nocturnes, dépression mélancolique, idées de persécution, tendance au suicide, plus ou moins confuses, mais n'en provoquant pas moins, par bouffées, des réactions très vives.

En cas de délire actif ou inconscient, ou de malades indociles, l'internement est encore nécessaire pour éviter toute une série d'actes démentiels auxquels ils pourraient se livrer.

Lorsque ces vieillards sont encore conscients, ils apprécient leur changement d'existence, ils se montrent heu-

reux d'avoir quitté l'asile. « Ils sont très nombreux dans les asiles, dit le docteur Lwoff mais les médecins ne les croient pas capables de vivre en liberté, parce qu'ils sont très délirants. Or ce sont ceux peut-être qui souffrent le plus et qui sont le plus dignes d'intérêt. C'est à eux surtout qu'on devrait songer en choisissant des pensionnaires pour les Colonies familiales. »

Parmi les dégénérés, les « déséquilibrés » étant de simples anormaux, vivent en dehors de la vie de tous, à moins qu'ils ne viennent à être atteints accidentellement d'un accès aigu ou d'une impulsion ; ceux-là ne font pas partie du contingent des colonies familiales.

Les dégénérés simples, les débiles mentaux, peuvent présenter des qualités brillantes, des aptitudes distinguées, des dispositions artistiques réelles, mais ce qui domine en eux ce sont des lacunes profondes dans le jugement et le sens moral, une mobilité d'idées et de sentiments extraordinaire, un entraînement presque impulsif vers l'excentricité, la fourberie, les excès, la violence et quelquefois les actes dangereux. »

Il y aurait donc lieu d'être très réservé dans la sélection des malades de cette catégorie. Quand on a faire aux dégénérés inférieurs, idiots et imbéciles, le choix devient plus restreint. On sait, en effet, combien ces malades sont sujets à des troubles du caractère et aux impulsions génésiques et autres. Pour Sollier, « l'imbécile est un ferment d'indiscipline partout où il se trouve : il est prétentieux, maladroit, instable, il n'a aucun sens critique ; bien plus, il devient facilement « dangereux », alors que l'idiot est inoffensif et indifférent à ce qui l'entoure. »

A la question du placement familial des idiots et des

imbéciles se rattache celle des enfants placés dans les asiles et susceptibles de fournir quelques sujets pour les Colonies familiales. Un essai a été fait à la Colonie de Dun ; mais en 1904, en raison des inconvénients et des difficultés, surtout grandes pour les fillettes, à mesure qu'elles avançaient en âge, la Commission de surveillance des asiles a demandé et obtenu le renvoi dans les asiles des quelques mineures encore placées. La plupart de ces malheureux enfants sont incapables d'apprécier les avantages de la vie familiale ; d'ailleurs ils présentent trop souvent des perversions instinctives, qui se développent à la puberté, pour qu'il soit prudent de les mettre en liberté avant d'avoir acquis l'assurance, toujours fragile, qu'ils ne sont pas dangereux.

Signalons, en passant, qu'une de ces enfants, étiquetée « débilité mentale », placée dans une annexe voisine, et qui fréquentait l'école communale, a été admise au certificat d'études ; peu après elle rentrait dans sa famille.

Les dégénérés, atteints de manie raisonnée ou de folie morale, sont insupportables dans les familles. Ils exagèrent sans mesure les inconvénients de leur situation et se plaignent continuellement. Ce sont des individus qui, « avec toutes les apparences du jugement et de la raison se laissent aller d'une façon inconsciente et souvent paroxystique, à des écarts de conduite, à des conséquences, à des excès, à des actes d'immoralité véritablement pathologiques. » (Régis).

Les stigmates psychiques présentés par ces malades, amoralité, inaffectivité, inadaptabilité, impulsivité, font que pour eux une étude approfondie s'impose, avant de

les laisser jouir de la liberté offerte par le placement familial.

Le persécuté étant, parmi les aliénés, le malade qui est plus sujet aux réactions dangereuses, il semble que son maintien à l'asile soit toujours indiqué. Or des délirants persécutés systématisés et les malades qui présentent des idées de persécution sont nombreux, aussi bien à la Colonie d'Ainay, qu'à Dun-sur-Auron.

A ce sujet, les docteurs Marie et Vigouroux ont écrit :
« Tout le monde sait, et Fabret en a fait depuis longtemps la remarque, que les réactions dangereuses des persécutés se montrent dans les premières périodes de leurs psychoses, alors que les troubles sensoriels, les persécutions qu'ils subissent trouvent un terrain neuf, une énergie intacte. Progressivement, leur énergie se fatigue et dans la période de persécution se produit une phase de résignation. Nous la rencontrons fréquemment chez les malades de la Colonie. Ce n'est pas, du reste, une résignation complète, totale : à l'occasion d'une recrudescence dans les troubles sensoriels, d'une nouvelle orientation des idées de persécution, surviennent parfois des récriminations, des demandes de changement. Alors une simple mutation, le retrait pendant quelques jours à l'infirmerie centrale, suffisent pour longtemps à calmer cette exacerbation. »

Un choix rigoureux doit être fait avant de désigner ceux qui peuvent quitter les établissements fermés. Le persécuté actif doit être maintenu à l'asile ; mais le persécuté chronique, après un internement prolongé est souvent susceptible de bénéficier du placement en famille. Le médecin établira son opinion d'après l'aptitude

du malade à réagir à ses idées délirantes par des actes violents ; il faut surtout exclure ceux qui ont un caractère insociable (réactions verbales ou motrices, tenue, propreté, façon de s'habiller, de parler). Les persécutés persécuteurs sont à exclure de la Colonie.

Dans les états maniaques, les malades trop désordonnés dans leur tenue et dans leur langage, peuvent causer des attroupements, se donnent en spectacle. Il ne faut pas que dans une ville l'ordre public soit constamment troublé par des individus aux gestes bizarres, (aux allures excentriques, à la tenue indécente. Le spectacle est choquant et pénible, aussi bien de la part de l'aliéné qui le donne que des personnes qui le regardent. Ce sont de plus des malades taquins et mauvais compagnons. Une grande circonspection est donc nécessaire pour la désignation d'abord, puis pour le choix de leur placement.

Les intermittents sont des aliénés peu susceptibles de vivre en Colonie, à cause de leurs crises plus ou moins fréquentes, souvent prolongées et violentes. Ils le sont d'autant moins que l'organisation actuelle des infirmeries ne comporte pas de moyen de les assister efficacement : d'où de fréquentes réintégrations.

Au sujet des mélancoliques, Guislain dit : « On imaginerait à tort que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les états mélancoliques. Au contraire, je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois le cas des malades s'aggraver, malgré la bonne organisation de l'établissement. Il y existe souvent trop de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles. »

Or le mélancolique ne peut guérir que si, d'une part, il est isolé du milieu dans lequel sa maladie a débuté, et d'autre part s'il est moralement réconforté et soutenu. Si donc il ne convient pas d'enlever aux asiles tous les mélancoliques en période d'activité, notamment ceux qui ont des accès impulsifs au suicide, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre, même parmi les anxieux, à la condition d'être choisis avec soin, pourraient avec avantage être placés dans une famille étrangère, à la campagne.

Les alcooliques donnent lieu à de gros ennuis ; nous en avons déjà parlé ; il nous suffira de rappeler qu'ils ont toutes facilités pour boire, et lorsqu'ils peuvent se procurer de l'argent, ils arrivent presque toujours à leurs fins. Pour eux, en plus d'une sélection rigoureuse, une surveillance continue s'impose. Il y a donc lieu d'être très prudent pour l'envoi de ces malades dans les familles.

Les paralytiques généraux exposés à une déchéance souvent rapide et à des complications multiples, ne sont pas aptes à la colonisation familiale, car leur état mental aussi bien que leur état physique, réclament une surveillance difficile à assurer.

Les épileptiques à crises fréquentes et violentes, ne doivent pas non plus être désignés pour les colonies familiales ; ce sont des malades le plus souvent insociables. A ce sujet, citons l'avis de la « Société Médicale des Asiles de la Seine » : Le caractère épileptique rend ces malades insupportable, même dans les asiles, seuls lieux cependant où il soit possible de subir leurs fantaisies. Avec les fous moraux, ils en sont la plaie, et il n'est pas

sans exemple qu'ils aient fomenté des révoltes ». Il en serait de même dans les colonies.

Si l'assistance des épileptiques peut se faire avec avantage dans une colonie agricole, comme celle de Chezal-Benoît où ils ne sont pas placés dans les familles, elle ne peut être réalisée en Colonie familiale sans inconvénients graves.

En ce qui concerne les déments précoces, le choix doit se montrer particulièrement sévère. On sait, en effet, qu'ils sont souvent dangereux à cause de leurs impulsions qu'ils sont insociables à cause du négativisme et des mouvements d'opposition qui caractérisent leur affection. Le dément précoce ne devient un malade de colonie que si l'affaiblissement des facultés a eu le temps d'évoluer et s'il est devenu apathique et indifférent. Il semble que la forme simple, hébéphreno-catatonie, soit plus à éliminer que les paranoïdes, qui s'enferment souvent dans leur délire, et ne réagissent pas.

Parmi les convalescents, un grand nombre d'entr'eux pourrait être avec profit assisté dans les familles. Au cours des maladies mentales, en effet, il est une phase d'arrêt, un moment où l'état est stationnaire, et où il semble que le malade n'ait plus rien à gagner à la séquestration. La colonie familiale est alors l'intermédiaire tout indiqué entre l'asile et la famille du malade ; on éviterait ainsi des rechutes nombreuses. « Si un certain nombre de malades ne sortent jamais des asiles, écrit le docteur Marie, c'est que le saut est trop brusque entre l'internement et la pleine liberté du dehors. Tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade, qui hésite devant l'inconnu. C'est alors la séquestration définitive, car peu à

peu les familles se lassent devant un internement trop prolongé. Combien d'unités sociales se perdent ainsi, qui, après une crise passagère, auraient pu être remises en circulation avec des précautions, et avec une rééducation préalable. »

Les inconscients, les infirmes et les gâteux ne sont pas susceptibles de bénéficier du placement familial ; ils donnent lieu à trop d'ennuis et exigent des soins et une surveillance que l'asile peut seule leur donner.

En résumé, on voit que l'envoi d'un malade dans les colonies familiales est soumis à des conditions multiples : observation d'un certaine durée, forme mentale, sociabilité, conditions d'âge, d'aspect extérieur, de tenue, de réactions pathologiques, de validité.

Des difficultés d'ordre différent peuvent surgir pour le choix des aliénés. Tout d'abord désirs de familles, qui s'opposent souvent à l'éloignement de leurs parents, à cause de la difficulté de les visiter à Dun ou à Ainay aussi facilement qu'à Paris ou aux environs.

Puis les sollicitations du personnel de l'asile, désireux de conserver des malades calmes et travailleurs, qui y sont, du reste, plus heureux que les autres.

Le médecin d'asile qui dresse une liste de malades, pour les colonies est appelé trop souvent à vaincre la résistance de l'aliéné, mal renseigné et quelquefois prévenu contre la colonie familiale. D'ailleurs le médecin traitant ignore lui-même bien souvent les nouvelles conditions dans lesquelles vivra son malade, et il ne sait s'il aura le même bien-être qu'à l'asile.

Les listes ainsi établies, grâce à la collaboration du médecin de l'asile et d'un médecin de la colonie, n'assurent

sans exemple qu'ils aient fomenté des révoltes ». Il en serait de même dans les colonies.

Si l'assistance des épileptiques peut se faire avec avantage dans une colonie agricole, comme celle de Chezal-Benoît où ils ne sont pas placés dans les familles, elle ne peut être réalisée en Colonie familiale sans inconvénients graves.

En ce qui concerne les déments précoces, le choix doit se montrer particulièrement sévère. On sait, en effet, qu'ils sont souvent dangereux à cause de leurs impulsions qu'ils sont insociables à cause du négativisme et des mouvements d'opposition qui caractérisent leur affection. Le dément précoce ne devient un malade de colonie que si l'affaiblissement des facultés a eu le temps d'évoluer et s'il est devenu apathique et indifférent. Il semble que la forme simple, hébéphreno-catatonie, soit plus à éliminer que les paranoïdes, qui s'enferment souvent dans leur délire, et ne réagissent pas.

Parmi les convalescents, un grand nombre d'entr'eux pourrait être avec profit assisté dans les familles. Au cours des maladies mentales, en effet, il est une phase d'arrêt, un moment où l'état est stationnaire, et où il semble que le malade n'ait plus rien à gagner à la séquestration. La colonie familiale est alors l'intermédiaire tout indiqué entre l'asile et la famille du malade ; on éviterait ainsi des rechutes nombreuses. « Si un certain nombre de malades ne sortent jamais des asiles, écrit le docteur Marie, c'est que le saut est trop brusque entre l'internement et la pleine liberté du dehors. Tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade, qui hésite devant l'inconnu. C'est alors la séquestration définitive, car peu à

peu les familles se lassent devant un internement trop prolongé. Combien d'unités sociales se perdent ainsi, qui, après une crise passagère, auraient pu être remises en circulation avec des précautions, et avec une rééducation préalable. »

Les inconscients, les infirmes et les gâteux ne sont pas susceptibles de bénéficier du placement familial ; ils donnent lieu à trop d'ennuis et exigent des soins et une surveillance que l'asile peut seule leur donner.

En résumé, on voit que l'envoi d'un malade dans les colonies familiales est soumis à des conditions multiples : observation d'une certaine durée, forme mentale, sociabilité, conditions d'âge, d'aspect extérieur, de tenue, de réactions pathologiques, de validité.

Des difficultés d'ordre différent peuvent surgir pour le choix des aliénés. Tout d'abord désirs de familles, qui s'opposent souvent à l'éloignement de leurs parents, à cause de la difficulté de les visiter à Dun ou à Ainay aussi facilement qu'à Paris ou aux environs.

Puis les sollicitations du personnel de l'asile, désireux de conserver des malades calmes et travailleurs, qui y sont, du reste, plus heureux que les autres.

Le médecin d'asile qui dresse une liste de malades, pour les colonies est appelé trop souvent à vaincre la résistance de l'aliéné, mal renseigné et quelquefois prévenu contre la colonie familiale. D'ailleurs le médecin traitant ignore lui-même bien souvent les nouvelles conditions dans lesquelles vivra son malade, et il ne sait s'il aura le même bien-être qu'à l'asile.

Les listes ainsi établies, grâce à la collaboration du médecin de l'asile et d'un médecin de la colonie, n'assurent

de la Seine a été appelée à rechercher les moyens d'étendre le bénéfice du placement familial au plus grand nombre possible d'aliénés. Les conclusions des rapporteurs, les docteurs Trénel, Truelle et Vigouroux, ont été les suivantes :

1° Difficulté d'augmenter le nombre des malades dans les catégories déjà désignées ;

2° Danger d'étendre aux enfants internés, la plupart atteints de perversions morales, les bienfaits de la colonisation ;

3° Aptitude des plus limitée à la colonisation des malades gâteux ;

4° Inconvénients graves de la mise en liberté des alcooliques ;

5° Raisons d'humanité qui font maintenir aux environs de Paris les malades ayant leur famille dans le département de la Seine ;

6° Nécessité de conserver dans les asiles un nombre suffisant de travailleurs.

Il semble donc, d'après ces conclusions, que les Colonies familiales sont actuellement à leur maximum.

Du rapport de M. Dausset, présenté au nom de la troisième commission sur les propositions budgétaires pour le service des aliénés, nous extrayons le passage suivant :

« L'augmentation incessante du nombre des aliénés au cours des années qui ont précédées la guerre, nous avait contraint à rechercher le moyen de développer nos services d'assistance. D'après les relevés statistiques, l'effectif des aliénés de la Seine s'accroissait en moyenne de

200 unités chaque année. Comment faire face à cette situation ? C'était là, pour votre assemblée, un sujet de graves préoccupations. Diverses mesures avaient été envisagées : Extension de l'asile agricole de Chezal-Benoît, création d'un nouvel asile ; développement des placements dans les colonies familiales et les asiles de province.

La guerre a rendu la question moins pressante, au moins pour quelque temps ; le nombre des aliénés du département a en effet diminué sensiblement au cours des dernières années. De 15.645 au 31 décembre 1913, l'effectif est tombé à 14.876 au 31 décembre 1917, et cette diminution n'a fait que s'accroître en 1918. Ce fait doit être attribué en premier lieu à la diminution de la population masculine, car, si la mort nous a ravi tant d'esprits distingués, tant de cœurs généreux, tant d'hommes de toutes les classes, qui étaient l'espoir et l'orgueil des jeunes générations, elle a frappé aussi (mais l'héroïsme de leur mort pour la Patrie les a mis sur le même rang que les autres) quelques affaiblis mentaux, des alcooliques, des prédisposés, ceux que guettait la folie, qui seraient venu tôt ou tard augmenter le contingent de nos asiles. D'autre part, un nombre important d'aliénés militaires sont traités dans les asiles de province au compte de l'Etat, qui en temps normal, eussent figuré dans nos effectifs. Si cette diminution de population a rendu un peu moins urgente la question de la réorganisatin et de l'extension de nos services d'assistance des aliénés, nous ne devons pas moins nous en préoccuper. Ce n'est selon nous, que par le développement des placements dans les asiles de province et les colonies familiales (où les frais

de traitement sont actuellement moindres que dans la Seine) que nous pouvons espérer atténuer la charge si lourde de l'hospitalisation des aliénés. »

Nous avons essayé de montrer quels étaient les avantages du système de placement des colonies familiales. Quant aux inconvénients autres que ceux résultant d'un choix défectueux des malades, ils découlent de l'organisation actuelle de ces colonies.

1° Dispersion sur une trop grande étendue de nombreux malades dépendant tous du même centre administratif et médical.

2° Aménagement actuel des infirmeries, qui sont mal installées pour le maintien des malades agités, violents ou ayant des idées de suicides ;

3° Eloignement des colonies, des asiles de la Seine.

Pour donner une nouvelle extension aux colonies familiales, on pourrait les diviser en plusieurs centres médicaux indépendants, centres ne comprenant que 300 malades au maximum, placés sous la direction d'un seul médecin.

Ceci n'est pas encore fait, mais il y a lieu de signaler que, grâce aux efforts du Médecin-Directeur de Dun, le docteur Rodiet, de nouvelles annexes sont en voie de création et que déjà quelques malades ont été placés dans un centre de création récente.

Les infirmeries sont insuffisantes à cause de la disposition des bâtiments. De là une surveillance aléatoire dans le cas des malades agités, délirants, atteints de maladies contagieuses. Le docteur Ameline, médecin-directeur de la Colonie d'Ainay-le-Château, demande la création d'un petit centre psychiatrique, permettant le trai-

tement des chroniques dont l'évolution de la maladie ne conservera pas continuellement une marche uniformément calme ou à peu près calme, et qui souvent sont des malades à rechute.

La création de ce centre n'apporterait aucun changement à la colonisation familiale, car elle est constituée seulement par les placements et non par ce qu'on appelle « la Colonie », où sont bureaux, infirmeries, les différents services et les logements du personnel.

L'extension des Colonies familiales pourrait en outre être favorisée par la création d'annexes pour malades payants. Gheel reçoit des aliénés de toute catégorie, riches et pauvres. En France, les riches seraient facilement placés dans les familles. A ce propos, le docteur Rodiet est d'avis que, pour ne pas créer de jalousies dans le pays par la distinction entre les fortunés et les malheureux, un village tout entier pourrait être réservé à ce nouveau pensionnat. Un médecin, à défaut un surveillant, voire même un ancien nourricier éprouvé (coutume adoptée à l'étranger) veillerait au bon fonctionnement de ce nouveau centre.

Le nombre des malades envoyés dans les colonies familiales pourrait être augmenté de quelques unités par les aliénés sans domicile de secours qui sont à la charge de l'état et dont certains sont susceptibles de bénéficier de ce placement. L'état les envoie ordinairement dans les asiles de province où le prix est le plus modique. Pour ceux aptes au placement familial, il pourrait facilement y avoir une entente entre l'Etat et le département de la Seine, celui-ci abandonnant à celui-là tout, ou partie des frais généraux (médecins, locaux, etc). La Seine ne ver-

rait nullement ses frais augmenter du fait de quelques aliénés supplémentaires, qui pourraient ainsi bénéficier d'une vie nouvelle et s'améliorer.

Pour les militaires, « mentaux de guerre », la même question peut être soulevée. De l'ouvrage du professeur Lépine, « troubles mentaux », nous extrayons le passage suivant, à propos de ce qu'il resterait à faire pour les aliénés militaires : « Créer au plus tôt les asiles pour malades neuropsychiques non dangereux. Il est lamentable de voir des trépanés, avec troubles mentaux graves, des commotionnés, des paraplégiques organiques, victimes de la guerre parmi les plus cruellement frappés, être parfois réduits à l'asile d'aliénés, ou à une véritable indigence, car ils ont besoin de soins qu'une fois rendus à la vie civile ils ne peuvent se procurer avec leurs faibles ressources de réformés. Ils ne peuvent, d'autre part, continuer à encombrer les formations, qui sont des hôpitaux, non des hospices. »

Puisque ce sont des malades non dangereux, pourquoi ne pas les faire profiter, eux aussi, des avantages du placement familial ?

Pour augmenter le contingent des malades familiaux, il faut penser aussi aux enfants arriérés ; mais la question est fort délicate, car la plupart de ces enfants sont atteints de perversions instinctives, et particulièrement de perversions génitales. Aussi pensons-nous que si le système est applicable à quelques-uns, il y a lieu de n'agir qu'avec une extrême prudence et ne confier ces enfants qu'à des nourriciers choisis parmi les plus intelligents et consciencieux.

Il serait peut-être possible de trouver en France d'au-

tres milieux aptes à la colonisation familiale des aliénés, mais il faut connaître à fond l'état d'esprit et le caractère de la population. L'apathie, l'indifférence de certains, comme aussi la pauvreté relative des ressources d'un pays, les difficultés pour des paysans de trouver un travail rémunérateur, sont un avantage, car un pareil milieu est plastique aux desiderata du médecin de l'administration et aussi des malades.

Dans nos Colonies à l'étranger, jusqu'à maintenant peu de chose ont été faites pour les aliénés. Au Maroc, en particulier, Lwoff et Séreux ont préconisé le système familial pour surveiller et traiter les aliénés indigènes dont l'internement pourrait être ajourné. En Orient il existe deux attitudes de la population à l'égard de l'aliéné : s'il est dangereux on l'emprisonne ou on l'enchaîne, sinon il est considéré avec sympathie, et peut-être pourrait-on là encore créer une sorte d'assistance familiale pour ces malheureux.



CONCLUSIONS

Le placement familial tel qu'il est organisé en France, une colonie pour les femmes à Dun-sur-Auron (Cher) et une pour les hommes à Ainay-le-Château (Allier), présente de grands avantages et quelques inconvénients, qu'une expérience de vingt-huit années a permis de préciser. A l'étranger les colonies installées sur le même type rendent également depuis longtemps de grands services. (Colonie belge de Gheel en particulier).

Les inconvénients plus théoriques que pratiques peuvent être résumés :

1° Ceux résultant du principe même de l'assistance familiale, c'est-à-dire la liberté accordée à l'aliéné se manifestant principalement par des évasions, des fugues et des suicides. Or ces accidents sont rares étant donné que près de 1500 malades, hommes et femmes, vivent en liberté et que pour la colonie familiale de Dun-sur-Auron, il n'y a eu dans la période de 1893 à 1914 que 15 suicides, pour une population jamais inférieure à 900 pensionnaires.

2°) Ceux venant des individus eux-mêmes (infirmes, malpropres, gâteux, malades d'aspect et de tenue ridicule, dangereux, délirants épileptiques, paralytiques généraux, idiots, aliénés atteints de maladies contagieuses) sont facilement évitables et on y remédie par un choix judicieux et par le placement suburbain.

3° Ceux attribuables au principe même de la Colonie et aux malades, c'est-à-dire les délits génitaux, vols, attentats sur les animaux, meurtres, incendies, actes de violence, grossesses incidents avec les habitants, sont l'exception, on y pare facilement par le choix strict des sujets dans les asiles.

4° Les quelques inconvénients résultant des aliénés et de leur famille sont sans grande importance, les quelques malades troublés par les visites de leurs parents, ou par la lecture de lettres, ayant après un court séjour à l'infirmerie, ou même simplement après un changement de nourricier, recouvrés le calme.

5° Ceux imputables à l'organisation de la colonie et aux nourriciers, en particulier l'exploitation possible du malade, le manque d'hygiène de certains locaux, la visite des nombreux placements, quelquefois assez éloignés, sont atténués dans de grandes proportions par le système appliqué actuellement en France (primes aux bons nourriciers, répartition de surveillance médicale entre plusieurs médecins et conseils donnés par ceux-ci lors de leurs visites.

Les avantages offerts par la Colonisation familiale sont bien plus importants :

1° Le placement familial soustrait le malade, apte à bénéficier de ce système, au milieu discipliné et réglementé de l'asile, au contact et à la promiscuité des délinquants, des malpropres et inconscients. La vie à l'asile produisant à la longue « l'asylum dementia ».

2° Ce mode d'assistance permet le changement radical d'existence, la vie dans un milieu normal, le retour à la

vie sociale, la renaissance des sentiments affectifs. Les alinées étant pour beaucoup des intoxiqués la nourriture de la campagne, peu de viande et beaucoup de légumes aide beaucoup à l'amélioration de leur état. Le système familial permet donc le traitement de l'aliéné et le nombre des sorties 10 à 12 par an pour 900 malades permet d'en juger la valeur. Ce nombre pourrait d'ailleurs être augmenté par un plus grand envoi de convalescents dans les colonies familiales.

3° C'est en outre un moyen efficace de désencombrement des asiles de traitement et la possibilité pour ceux-ci de devenir réellement des hôpitaux pour maladies mentales.

4° Par son prix de revient inférieur à celui des asiles le système familial réalise une économie considérable.

Vu :

Le Président de la thèse,
J. LÉPINE.

Vu :

Pr Le Doyen,
L'Assesseur : J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 2 Décembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.



BIBLIOGRAPHE

- Améline. — Rapports au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Années 1914-15-16-17-18.
- Arthaud. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer soit dans les exploitations agricoles, soit dans leur propre famille. (Mémoire lu au Congrès médical de Lyon, 1^{er} octobre 1864.)
- Auzouy. — Des fermes asiles ou de la colonisation des aliénés. (Archives médico-psychiques, 4^e série, tome IV, novembre 1864.)
- Batty, Tuke. — Lunatic as patients not prisoners. (Nineteenth century, avril 1889.)
- Beattie Smith. — The system of caring for the insane in private dwellings. (The Australian Med, janv. 1881).
- Biaschkoff. — Du recensement des aliénés dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg.
- Biffi. — De la colonisation des aliénés.
- Billod. — De la dépense des aliénés assistés en France et de la colonisation comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie. Paris, 1861.
- Blin. — Rapport sur l'hospitalisation des débiles en Allemagne, en Autriche, en Danemark, en France et Norvège. Paris, Imprimerie Municipale, 1907.
- Bonnet. — Rapports au préfet sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Années 1895-06-1907-08.

- Bothe. — Die familiäre Verpflegung Geisteskranken der Stadt Berlin zu Daldorf in den Jahren, 1885 bis 1893.
- Brands. — L'assistance des aliénés, 1892.
- Brière de Boismont. — De la colonisation appliquée au traitement des aliénés. *Annales d'Hygiène*, 2^e série, tome XVII, avril 1862.
- Broussais. — De l'irritation et de la folie. Baillière, 1839.
- Brousse. — *Revue Municipale*, décembre 1897.
- Bulkens. — Rapport sur l'établissement d'aliénés de Gheel. Bruxelles, 1861. *Bulletin Municipal Officiel*, 3 juillet 1892, page 1716.
- Cabred. — Le nouvel asile des portés ouvertes, colonie nationale d'aliénés. Discours prononcé à l'occasion de la pose de la pierre fondamentale. Lujan, province de Buenos-Aires, 21 mai 1899.
- Celles. — L'assistance familiale pour les aliénés en France et le système de la porte ouverte (open-door). Imprimerie Bodin, 1905.
- Chambard. — Du patronage des aliénés.
- Charpentier. — Sur le patronage des aliénés sortis guéris des asiles. *Bulletin de la Société Internationale pour l'étude des questions d'assistance*.
- Chaslin. — *Eléments de sémiologie et clinique mentale*. Paris, Asselin et Houzeau, 1912.
- Claisse. — L'encombrement dans les hôpitaux de Paris. *La clinique*, 15 août 1910.
- Claiston. — *Clinical lectures on mental diseases*, 1887.
- Colin (Henri). — Les asiles d'aliénés à portes ouvertes. *Annales médico-psychologiques*, 1897.
- Corbett. — Ought private lunatic asylum to be abolished ? *The Westminster Review*, oct. 1894.
- Cristian. — L'assistance homo et hetero-familiale au manicomio de Lucques. Des résultats économiques et sociaux, des progrès de l'assistance des aliénés et spécia-

lement de leur assistance familiale. II Congrès international de l'assistance des aliénés. Milan, 26-30 septembre 1906.

Crocq. — L'assistance familiale des aliénés en Belgique. Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique, avril 1907.

Cunyngham Brown. — L'assistance familiale des aliénés. The journal of mental science, juillet 1908.

Dausset. — Rapport présenté au nom de la 3^e commission. Bulletin Municipal Officiel, 22 janvier 1919.

De Pontécoulant. — Rapport sur la situation du département de la Dyle, 1^{er} germinal, an XIII.

Donnet. — Patronage ou assistance des aliénés indigents sortis guéris des asiles. Congrès international d'assistance, tome II.

Dubief. — Rapport des inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur sur l'assistance aux aliénés. J. O., 21 juillet 1911.

Dufour. — De l'encombrement des asiles. Delahaye.

Duval. — Gheel, une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté. Paris, 1860.

Espinasse. — Assistance familiale. Thèse de Paris, n° 507.

Esquirol. — Maladies mentales. Mémoire au ministère de l'intérieur, 1818.

Falret. — Les aliénés et asiles d'aliénés, des divers modes d'assistance applicables aux aliénés, 1865.

Rapport du comité administratif au conseil général de l'œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents sortis convalescents des asiles publics du département de la Seine, 1890.

Féré. — La médecine d'imagination. Progrès médical, 1884, n° 16, 1886, n° 35, 36, 37. Le patronage familial des aliénés. Revue Scientifique, 5 novembre 1887.

L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Ecosse. Revue Scientifique, 1^{er} décembre 1888.

Le patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris. *Revue Scientifique*, 1890.

Les aliénés en Irlande. *Revue Scientifique*, 1891.

Le traitement des aliénés dans les familles. Paris, Alcan, 1893.

Le patronage familial en France. *Revue Scientifique*, 1894, 2^e série, tome II.

Les aliénés hors des asiles. *Revue des Revues*, 1^{er} février 1895.

Fleurot. — Rapport au conseil général de la Seine sur le fonctionnement et le projet de budget de la colonie familiale de Lurcy-Lévy. Décembre 1913.

Rapport au conseil général de la Seine. *Bulletin Municipal Officiel*, 20 janvier 1913.

Foville. — La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse, 1885.

Fürstner. — Wie ist die fürsorge, für gemüthskranken von Aertzen und Laien zu fördern. Comment l'assistance doit-elle être améliorée par les médecins et le public? Berlin, 1899, chez Karger.

Garnier. — Internement des aliénés. Thérapeutique et législation. Rueff, éditeur, Paris, 1898.

Hénaffé. — Compte rendu de la séance du conseil général du 22 décembre 1909. Supplément du *Bulletin Municipal Officiel* du 12 janvier 1910. Raport des comptes et budget à l'asile de Maison-Blanche. *Buleltin Municipal Officiel* du 17 janvier 1914.

Jacoud. — Dictionnaire, article asiles, tome 3, page 523.

Jones. — Nécessité de venir en aide aux aliénés convalescents. *The journal of mental science*, juillet 1909.

Kachenko. — Rapport sur la colonie de Dun-sur-Auron. *Revue de Psychiatrie*, 1898.

Kéraval. — Les aliénés hors des asiles publics et privés, colonies d'aliénés ; système familial. Congrès international d'assistance.

Konrad. — Weiterentwicklung der familiaeren Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland, seit 1902.

Labitte. — De la colonie de Fitz-James, succursale de l'asile d'aliénés de Clermont, au point de vue de son organisation administrative et médicale. Paris, 1861.

Lagriffe. — Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi de 38. Annales méd. psych., mars-avril 1911.

Lépine (J). — Troubles mentaux de guerre. Collection Horizon Masson, 1917.

Leuret. — Du traitement moral de la folie, 1840.

Livinov. — Rapport sur l'état de la colonie des aliénés dans le bourg de Bourachev, du 1^{er} décembre 1891 au 1^{er} novembre 1892 — En langue russe, Analyse par le docteur Lwoff. Annales médico-psychologiques, années 1893, tome I.

Lwoff. — Rapports au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie d'Ainay-le-Château. Années 1900-01-1902-03.

De l'assistance des aliénés en Belgique. Rapport au nom de la 3^e commission.

Lwoff et Sérieux. — Organisation de l'assistance des aliénés au Maroc. Annales méd. psych., juin 1913.

Mahé. — Assistance familiale aux aliénés convalescents. Congrès international d'assistance familiale. Paris, 27-30 octobre 1901.

Marie (A). — Rapports au préfet du département de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Années 1893-94-95-96-97-98-99.

De l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine. Mémoire présenté au Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée.

État actuel de l'assistance familiale. Revue de Psychiatrie, novembre 1900.

Evolution générale de l'assistance des aliénés. *Rivista sperimentale di Freniatria*, sept. 1903.

Marie (A.). — Remarques sur l'état mental de quelques séniles. Bordeaux, Gounouilhon, 1895. — Quelques réflexions sur le patronage des aliénés convalescents. *Revue de Psychiatrie*.

Marie (A.) et Bonet. — Evolution suivie en France par le développement de l'assistance familiale.

Marie (A.) et Manheimer Gommès. — Assistance familiale urbaine pour les aliénés inoffensifs. Congrès international d'assistance familiale. Paris, 27-31 octobre 1901.

Marie (A.), Rodiet et Fleurot. — La colonie familiale de Dun-sur-Auron. Communication faite au V^e Congrès international de l'assistance des aliénés. Moscou, 8-11 janvier 1914.

Le désencombrement des hôpitaux de Paris.

Marie (A.) et Vigouroux. — Quelques réflexions sur l'assistance familiale. *Revue de Psychiatrie*, oct. 1898. Note sur la situation médicale et administrative de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Lue au IX^e Congrès des médecins neurologistes et aliénistes. Angers, 6 août 1898.

Marie (A.) et Vigouroux. — Quels malades faut-il placer dans les familles ? *Revue de Psychiatrie*, 1899

Considérations sur la colonisation en France et à l'étranger.

Rapport au IX^e Congrès des aliénistes et neurologistes.

Mme Marie. — Du patronage des aliénés convalescents de la Seine. Congrès d'assistance de Bordeaux, 1903.

Magnan. — Congrès d'assistance de 1889. Tome II, p. 363.

Mathies. — Die Familiempfleger der Irrenanstalt Duldorf von 1885 bis 1905. *Psychiatrie, Neurolog., Wochenschrift* n^o 45.

Masselon. — La mélancolie. Alcan, 1906.

Maudsley. — Presidential address to the medico-psychological association, 1871.

- Medici. — Assistance familiale des aliénés. Imprimerie Daix, Clermont-Oise, 1902.
- Mitchell (A.) — The cure and treatment of the insane poor with special reference to the insane in private dwellings, Edinburgh. Med. Journ., 1868.
Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, Paris, 1883.
- Morel. — La réforme des asiles d'aliénés. L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Suisse et en Belgique. Gand, 1905.
Annales médico-psychologiques. Tome II, 3^e série, page 599.
- Moreau (de Tours). — Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Gheel. Annales méd. psych., 1842.
- Mundy. — Gheel et ses adversaires. Extrait du journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles. Bruxelles, 1860.
Sur les divers modes de l'assistance publique appliquée aux aliénés. Paris, 1865.
Discours sur le traitement familial des aliénés. Congrès médical de Lyon, 1865.
- Navarie. — Bulletin Municipal Officiel, 25 décembre 1908.
- Oudart. — Des colonies d'aliénés. Gand, 1884.
- Pain. — Sur les divers modes d'assistance publique appliqués aux aliénés. Annales d'hygiène, 2^e série, 1865.
- Parant. — De la séquestration des aliénés dans leur famille. Annales méd. psych., 1884, tome XI.
- Pascal. — La démence précoce. Alcan, 1911.
- Pécharman. — Rapport au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Année 1900.
- Peeters. — La sécurité des aliénés et de leur entourage dans la colonie de Gheel. Paris, 27-31 octobre 1903.
Gheel et le patronage familial. Bruxelles, 1883.
La situation actuelle du patronage familial. Société de médecine mentale de Belgique, 1888.

La démence dans l'assistance familiale. Information des aliénistes et neurologistes. 1908.

Pierret. — Note au Congrès de Lyon, 1831.

Pochon. — Rapports au préfet du département de la Seine, sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Années 1909-10-11-12-13.

Rayner. — Afer care of mal patientz discharged from asylums. The journal of ment. science, 1891.

Régis. — Traité de Psychiatrie.

Rey. — Communication au Congrès de Toulouse, à l'occasion de la discussion du 3 août sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés. Compte rendu, 1898, p. 488.

Riu. — Rapport sur les colonies d'aliénés. Congrès des médecins aliénistes de France, 1892.

Rodiet (A.). — Rapports au préfet du département de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Années 1909-10-11-12-13-14-15-16-17-1918.

Le Placement familial des aliénés inoffensifs. Revue Philanthropique, 15 février 1910.

Histoire de l'assistance familiale aux aliénés inoffensifs dans les pays d'Europe. Revue médicale de Normandie, 25 juin 1910.

Du choix des aliénés aptes à vivre en colonie familiale. L'informateur des aliénistes et neurologistes, août-septembre-octobre 1910.

L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France. Journal de neurologie, 20 septembre et 10 octobre 1910.

Le désencombrement des hôpitaux de Paris. Revue Philanthropique, 15 novembre 1910.

L'organisation actuelle et l'extension future de l'assistance familiale aux aliénés en France. Concours du prix Baillanger, mention très honorable, 13 décembre 1910.

Le placement familial des aliénés, ses avantages. Revue médicale de Normandie, 10 mai 1911.

De l'extension et de la colonisation familiale des aliénés. Archives internationales de neurologie, août 1911.

Un cas de mélancolie anxieuse, traitement dans une famille, guérison de l'accès. Progrès médical, 27 janvier 1912.

Quelques observations des différentes formes de la mélancolie, leur traitement en colonie familiale. Archives médico-chirurgicales de province, juin-juillet-août-septembre 1912.

La vie d'une colonie familiale d'aliénés. La Revue, 1^{er} septembre 1912.

Un cas de folie à deux traité par l'assistance hétéro-familiale. Journal de médecine de Paris, 30 novembre 1912.

De la division des services à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Archives de neurologie, mars 1913.

Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés. Annales médico-psychiques, mars-avril-mai-juin 1914.

Rodiet et Claisse. — Les maladies chroniques des hôpitaux de Paris et l'assistance familiale à la campagne. Gazette des hôpitaux, 8 novembre 1909.

Rodiet et Palmas. — Les déments précoces et le placement familial. Archives médico-chirurgicales de province, mai 1914.

Rodiet et Fouque. — Les persécutés en colonie familiale. Revue médicale de Normandie, 10-25 juin 1914.

Rodiet, Marie et Fleurot. — La colonie familiale de Dun-sur-Auron (Moscou, 8-11 janvier 1914). Le désencombrement des hôpitaux de Paris.

Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie.

Sérieux. — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Rapport au conseil général de la Seine. Imprimerie Municipale, Paris, 1903.

